

TRAITEMENT
DU
PSOÏTIS AIGU

THÈSE

PRÉSENTÉE *

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Décembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ARMAND JEANDIDIER

Elève de l'École du Service de Santé Militaire

Né à Maron (Meurthe-et-Moselle), le 11 novembre 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 43

TRAITEMENT
DU
PSOÏTIS AIGU

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Décembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ARMAND JEANDIDIER

Elève de l'École du Service de Santé Militaire

Né à Maron (Meurthe-et-Moselle), le 11 novembre 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	OLLIER.
Clinique ophthalmologique	PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.	FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	MONOYER.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée	CAZENEUVE.
Anatomie	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.	LORTET.
Physiologie	TESTUT.
Pathologie interne.	RENAUT.
Pathologie externe.	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée	TRIPPIER.
Médecine légale	POLLOSSON (M.).
Hygiène	ARLOING.
Thérapeutique	LACASSAGNE.
Pharmacie.	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.	—
Accouchements.	POLLOSSON.	(A.) —
Botanique.	BEAUVISAGE,	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND.
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BERARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. ROUX, Assesseur ;
MM. ROCHET et VALLAS, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MERE

*Je dédie ces quelques pages en témoignage de ma profonde
affection*

Arrivé au terme de nos études médicales nous sommes heureux de pouvoir, suivant un usage consacré, remercier ceux qui, dans le cours de ces dernières années, nous ont aidé de leur expérience, guidé de leurs conseils, ou entouré de leurs sympathies.

M. le Médecin-major et Madame Ruotte, durant notre commun séjour à Lyon, voulurent bien nous réserver dans leur intimité, un accueil dont la cordialité simple et vraie nous a profondément touché. Nous regrettons de savoir si mal leur exprimer notre vive reconnaissance.

A M. le Médecin-major Ruotte, Répétiteur à l'Ecole, nous devons l'idée de ce travail dont il nous a fourni les premiers éléments. Si cette modeste étude peut présenter un peu de l'intérêt que nous aurions voulu lui donner, c'est à lui que, pour la plus grande part, en reviendra le mérite.

M. le Professeur agrégé Condamin, un de nos maîtres les plus autorisés et d'une compétence toute spéciale en la question qui nous occupe, a bien voulu nous permettre de puiser dans ses remarquables travaux. Nous le prions de vouloir bien agréer nos remerciements.

M. le Professeur Le Dentu, en nous communiquant trois observations personnelles, a fait preuve, à notre égard, d'une obligeance extrême dont nous avons senti tout le prix. Nous lui adressons ici l'expression respectueuse de notre vive gratitude.

M. le Professeur Poncet nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous lui sommes infiniment reconnaissant d'avoir bien voulu l'appuyer de la haute autorité de son nom.

A la plume de notre camarade, le Dr Legendre, sont dus tous nos dessins. Qu'il nous permette de rendre hommage à son talent et à son aimable obligeance.

Nous garderons le souvenir de l'amical accueil que nous avons trouvé près de M. le Dr Bernoud, ainsi que de son inaltérable complaisance, toujours souriante, que nous avons été (un peu souvent peut-être), à même d'apprécier.

Il nous a été donné, au cours de ces dernières années, de récolter quelques sympathies, de nouer même de franches et solides amitiés. Nous voulons croire que l'heure de la séparation ne sera pas celle de l'oubli. Et, cependant, au moment de quitter cette école où nous avons passé trois calmes années de pensée et de travail, nous ne pouvons nous empêcher de jeter un regard en arrière, et à la joie de cette entrée dans une vie nouvelle, se mêlera un peu de la mélancolie des choses et des jours qui finissent.

Lyon, le 1^{er} décembre 1899.

INTRODUCTION

Nous étant trouvé à même de réunir six observations inédites de psoïtis aigu, nous avons pensé que l'exposé des résultats obtenus dans le traitement de ces six cas par des procédés chirurgicaux différents était susceptible de présenter un certain intérêt. Le psoïtis aigu est en effet assez rare, à tel point que M. le Professeur Le Dentu dit n'en avoir rencontré que trois exemples dans sa longue pratique; les règles à suivre dans le traitement de cette affection, de l'aveu même des chirurgiens d'indiscutable mérite qui nous les ont indiquées, n'ont pu être déduites que de trop peu nombreuses observations.

Nous espérons que l'histoire de ces quelques cas nouveaux pourra apporter des éléments utiles à la discussion et à la solution du problème.

Nous pensions apporter des documents en nombre plus considérable, mais nous avons été surpris de constater combien était pauvre en faits de cette nature la littérature médicale française et étrangère. La plupart des articles ont trait à des suppurations froides de la fosse iliaque. Si notre statistique de cas inédits n'est pas importante par le nombre, nous croyons cependant qu'elle présente une certaine va-

leur, en raison de la rareté de l'affection elle-même, d'abord, et ensuite de ce fait que les six cas qui la composent proviennent de la pratique de deux chirurgiens seulement, qui en ont observé chacun trois cas.

Quel est le traitement de choix du psoïtis? C'est l'évacuation du pus, aussi rapide et aussi complète que possible, et l'établissement d'un drainage assurant son écoulement. Sur ce point, tout le monde est d'accord. Mais il n'en est plus de même dès qu'il s'agit de la meilleure façon de procéder pour arriver à ce résultat. Il est de toute nécessité que la collection soit ouverte largement et drainée d'une façon parfaite. Les chirurgiens se sont ingénies à trouver les points suffisamment déclives où des drains placés pourraient assurer le libre et complet écoulement du pus.

Dans un premier chapitre nous exposerons les différents procédés employés pour atteindre ce but.

Nous examinerons ensuite les données anatomiques et expérimentales, venant à l'appui de tel ou tel procédé. Ce chapitre sera presque exclusivement consacré à l'analyse détaillée des travaux de M. le Professeur agrégé Condamin sur la trépanation du bassin.

Dans un troisième chapitre nous rassemblerons tous les faits cliniques ayant trait à la question qui nous occupe.

Nous terminerons par la critique des différents procédés aboutissant en dernière analyse à la comparaison de deux d'entre eux qui nous paraissent devoir rester seuls en présence.

CHAPITRE PREMIER

Description des procédés opératoires employés dans le traitement de la peste aigue

Ces procédés relèvent de deux méthodes différentes. Suivant l'une on se contented'inciser les parties molles, suivant l'autre on aborde la collection en trépanant l'os iliaque.

A. — *Méthode de l'incision des parties molles*

DIFFÉRENTS PROCÉDÉS

1. — *Incision unique*

1^{re} *Incision parallèle à l'arcade crurale.* — Cette incision a été employée par M. le professeur agrégé Gangolphe, chirurgien des Hôpitaux de Lyon, et par M. le médecin-major Gleize¹; longue de dix centimètres dans le premier cas, de quatre dans le second, elle intéressait la peau, le tissu cellulaire, le grand oblique, le petit oblique, le transverse et le fascia transversalis.

2^e *Incision parallèle à la crête iliaque.* — Ce procédé mis en œuvre en 1892, puis en 1895 par M. le Médecin-major Ruotte sans que rien, jusqu'ici, en ait été publié, fut employé en 1895, par conséquent, d'une façon indépendante, par M. le Professeur Le Dentu.

Le manuel opératoire suivi lors des différentes interventions n'ayant pas toujours été identiquement le même, nous décrirons le procédé type tel que le comprend M. le médecin-major Ruotte :

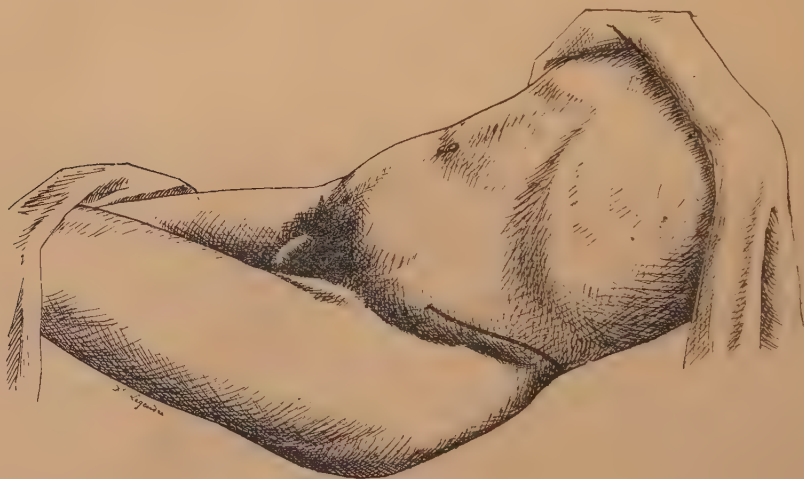


Fig. 1

L'incision, commencée en avant au niveau du milieu de l'arcade crurale et à deux centimètres au minimum au-dessus d'elle, de là courant parallèlement à cette arcade, puis à la crête iliaque, s'étendra en arrière sur une étendue variable de 12 à 18 centimètres.

Le doigt, explorant alors les fosse iliaque et lom-

baire pourra se rendre compte de l'état des muscles iliaque et psoas dans presque toute leur étendue. Un drainage large de la fosse iliaque ou mieux un drainage des deux fosses, presque toujours nécessaire, sera établi.

La plaie sera tamponnée sans essai de réunion immédiate.

Ce dernier point a une certaine importance, une fistule persistante ayant été due, dans un cas (Obs. IV), à la réunion immédiate des bords de la plaie sur une certaine étendue.

Nous plaçons l'incision à deux centimètres au moins au-dessus de la crête iliaque pour éviter ce qui s'est produit dans l'observation IV : en s'écartant, la lèvre inférieure de l'incision s'était portée au-dessous du niveau de la crête iliaque, il en résulta qu'après guérison, la cicatrice était à cheval sur cette crête et, par conséquent, superposée à un plan osseux sur lequel elle pouvait être facilement comprimée. Ce fut d'ailleurs le seul inconvénient résultant de cette longue incision dont le malade se plaignit

II. — *Incisions multiples*

1^o. — *Incision double. — Procédé du drainage transiliaque de M. Libouroux.* — Voici en quoi consiste ce procédé :

« 1^o Incision abdominale sur l'arcade de Fallope et manœuvres comme pour la ligature de l'iliaque externe. Ouvrir le canal iliaque et ensuite détruire les adhérences du fascia iliaca pour atteindre le rebord supéro-postérieur de l'os iliaque.

2^o Incision lombaire de trois bons doigts, parallèlement, à un centimètre au-dessus de la crête iliaque et dont le milieu se trouve à égale distance des épinnes supérieures, antérieure et postérieure. Décoller



Fig. 2

lentement le fascia iliaca de haut en bas, pour aller rejoindre du doigt un gros beniqué ou une longue pince à main tenue dans la première plaie par un aide. Passer un drain troué à parois rigides, et le fixer à l'orifice des deux plaies opératoires. »

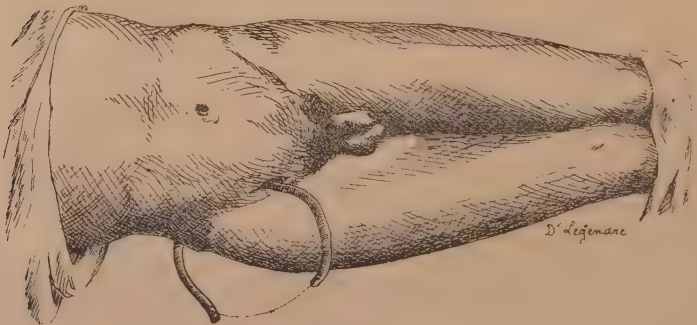


Fig. 3

M. le professeur Le Dentu a employé un procédé analogue, mais avec quelques modifications portant surtout sur le mode de drainage. (Obs. VII.)

2° *Incision triple.* — Ces incisions triples ont été employées dans deux cas (Obs. IX et X) par M. le Professeur agrégé Gangolphe.

M. Gangolphe faisait une première incision longue de 8 à 10 centimètres, parallèle à l'arcade de Fallope; une deuxième longue de 5 à 6 cent., parallèle aux vaisseaux fémoraux; la troisième incision, enfin, longue de 4 à 5 cent., était pratiquée au niveau du petit trochanter.

Drainage par ces trois incisions.

B. — Méthode de la trépanation iliaque.

Il est assez intéressant de remarquer que de tous les procédés décrits, un seul, celui qu'a indiqué M. le professeur agrégé Condamin a été appliqué au traitement de la psöite aiguë. Nous devons cependant, pour être complet, faire une revue rapide de tous les procédés de trépanation du bassin, rien a priori ne s'opposant à leur emploi dans le même but.

I. — Procédé de Verneuil.

« Le premier temps de l'opération consiste à mener une incision de 8 cent. parallèle à la crête iliaque et s'arrêtant en dedans à trois travers de doigt de la ligne des apophyses épineuses. Cette incision comprend la peau, le tissu cellulaire et arrive jusqu'à la crête de l'os;

2° Dans un deuxième temps, on détache les muscles et les aponévroses qui s'y insèrent en respectant autant que possible le carré des lombes; on peut

ainsi contourner avec le doigt la crête iliaque et pénétrer dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse du même nom ;

3^o Dans un troisième temps, l'os est dénudé et trépané en deux points voisins ; on fait ensuite sauter le pont intermédiaire avec la gouge et le maillet, et on obtient une espèce d'échancrure qui ouvre largement la fosse iliaque.

Lorsqu'on détache les rondelles ou les parcelles osseuses, il faut avoir soin de les décoller avec le doigt du périoste et de l'aponévrose iliaque, de façon à éviter une hémorrhagie qui pourrait être assez difficile à arrêter. On déchire ensuite avec la sonde cannelée les rares fibres musculaires qui se trouvent en ce point, et on peut apercevoir alors, dans une vaste étendue, la fosse iliaque interne et notamment la face postérieure de l'intestin.

Quant à une hernie de l'intestin consécutive à cette opération, elle paraît peu à craindre en raison des rapports de ce viscère avec le péritoine.

Inutile d'ajouter que s'il existe un abcès, on l'ouvrira avec précaution et de préférence avec le doigt. »

II. — *Procédé de Weiss.*

« Il consiste à faire sur le milieu d'une ligne allant de l'épine iliaque postéro-supérieure au sommet du grand trochanter (le malade étant couché sur le côté opposé et la jambe fléchie), une incision de 8 à 10 centimètres intéressant d'abord la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ; on reconnaît ensuite le

bord antérieur du grand fessier que l'on fait rejeter en bas après en avoir préalablement ouvert la gaine. On déchire ensuite avec la sonde cannelée les fibres



Fig. 4

du moyen et du petit fessier, de façon à éviter la blessure des branches de la fessière, et l'on arrive ainsi sur l'os que l'on dénude et que l'on trépane comme précédemment. Il importe seulement d'ap-

plier la couronne du trépan perpendiculairement à la surface osseuse ; car l'on a, en raison de l'inclinaison naturelle de l'os, une tendance à l'appliquer obliquement, ce qui impose de grands efforts à cause de la dureté excessive de l'os en ce point.

La fosse iliaque une fois ouverte, on peut constater, sur le cadavre, que l'on se trouve dans l'interstice du psoas et du muscle iliaque, ou plus exactement à la partie interne des fibres de ce dernier muscle.

Avec le doigt, on les déchire facilement et l'on peut arriver jusqu'au péritoine que l'on soulève.

Pendant ce temps de l'opération, on sent très bien le nerf crural ; mais, en se servant exclusivement du doigt, on ne court aucun risque de le blesser. »

III. — Procédé de Terrillon.

« Ce procédé consiste à pratiquer une trépanation, ou plutôt une perforation de l'os iliaque, au-dessus et en arrière de la cavité cotyloïde. Il a pour but de drainer au niveau de leur point le plus déclive certains abcès consécutifs à la coxalgie qui envahissent non seulement la fosse iliaque interne, mais encore qui parviennent dans le bassin jusqu'en dedans et au-dessous du détroit supérieur.

M. Terrillon propose le manuel opératoire suivant :

1° Incision des parties molles immédiatement en arrière et au-dessus du grand trochanter, en la dirigeant en haut et en arrière ;

2° Maintenir béantes, par des écarteurs, les lèvres de la plaie. Décollement du périoste et trépanation

ou perforation de la partie la plus épaisse de l'os, derrière la cavité cotyloïde, au-dessus de l'épine sciatique.

L'orifice interne de la trépanation est situé au-dessous du rebord du détroit supérieur ».

IV. *Procédé de M. Condamin*

« On cherchera d'abord les épines iliaques supérieures, antérieure et postérieure, et on les réunira par une ligne droite. Ces deux points de repère seront toujours extrêmement simples à trouver, surtout si l'on se rappelle qu'au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure, il existe une petite dépression cutanée bien connue des accoucheurs qui tracent le losange de Michaëlis pour savoir si le bassin est symétrique ou non.

On marque ensuite le milieu de cette ligne s'il s'agit d'un adulte, ou un point situé à 5 millimètres au-dessus s'il s'agit d'un enfant.

A ce niveau, on fait une incision cruciale. Une des branches de l'incision doit être parallèle à la direction des fibres du grand fessier; la deuxième doit être perpendiculaire à celle-ci. On arrive ainsi sur l'aponévrose de la fesse, que l'on incise sur le bord antéro-externe du grand fessier. Au lieu d'inciser les fibres musculaires, on peut se contenter de les écarter jusqu'au plan osseux. A ce moment le périoste est à son tour incisé crucialement, et l'on procède à son décollement qui doit être proportionné à l'étendue de la brèche que l'on veut faire.

La trépanation sera unique ou double ; elle pourra se faire soit avec le trépan, soit avec la gouge. La perte de substance devra toujours présenter les dimensions d'une pièce de cinq francs en argent. Il



Fig. 5

faudra aller lentement dans ce temps opératoire, car souvent la lame osseuse de la fosse iliaque ne présente qu'une épaisseur insignifiante, surtout chez les vieillards. Nous avons vu que chez les enfants il n'en

était pas de même, et que quelquefois on trouvait une épaisseur d'os de près d'un centimètre. Chez les adultes donc, il sera préférable de faire usage de la gouge et du maillet ; chez les enfants, on obtiendra plus facilement la brèche voulue en procédant avec le trépan.

Si le pus que renferme la fosse iliaque paraît doué de propriétés très phlogogènes, on pourra cautériser au fer rouge la surface de section osseuse, si surtout celle-ci présentait une certaine épaisseur.

On complètera l'opération par un drainage transiliaque, car il sera toujours bon d'avoir fait précéder la trépanation du bassin d'une incision au-dessus de l'arcade de Fallope. »

CHAPITRE II

Données anatomiques et faits expérimentaux

Quelques considérations anatomiques sur la région qui nous occupe sont nécessaires pour pouvoir apprécier en toute connaissance de cause la valeur des différents procédés que nous venons d'exposer. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire, sans rien y changer la remarquable étude qu'a faite de cette question M. le Professeur agrégé Condamin. Nous relaterons ensuite les nombreuses expériences par lesquelles le même auteur est arrivé à la détermination exacte du procédé qu'il a indiqué, ainsi que quelques expériences d'autres auteurs, moins importantes il est vrai, mais présentant un certain intérêt au point de vue de notre sujet.

I. — TOPOGRAPHIE PELVIENNE DANS SES RAPPORTS AVEC LA TRÉPANATION DE LA FOSSE ILIAQUE.

C'est dans une gaine ostéo-fibreuse, à l'état normal remplie par les muscles iliaque et psoas, formée

en arrière par l'os iliaque, et les apophyses des vertèbres lombaires et une aponévrose importante en avant, que s'effectuent les diverses phases de la psoïte et d'un certain nombre d'autres suppurations. La disposition anatomique de cette loge, que Velpeau a si justement appelée canal iliaque, en se plaçant beaucoup plus au point de vue chirurgical que théorique, nous permet de concevoir facilement la marche que suivra le pus et le point où il séjournera de préférence.

Ce canal iliaque, cette loge renfermant les muscles psoas et iliaque, délimite sensiblement la région iliaque, soit en haut, soit en bas. Nous pouvons lui considérer une face postérieure, une face antérieure, deux bords latéraux et deux extrémités.

A sa partie moyenne, la face postérieure de la loge, que l'on pourrait encore appeler lombo-ilio-crurale, est formée par le périoste de toute la fosse iliaque interne ; en dehors et en arrière, elle est donc limitée à ce niveau par les épines iliaques antérieures, inférieure et supérieure, et par la crête marginale supérieure. Au niveau de ces saillies, nous rencontrons une véritable fusion de la paroi antérieure, c'est-à-dire du *fascia iliaca*, avec la paroi postérieure, c'est-à-dire avec le périoste qui tapisse la fosse iliaque.

En dedans et en arrière, l'articulation sacro-iliaque et la partie supérieure des ailes du sacrum entrent aussi en ligne de compte dans la constitution de la paroi postérieure du canal iliaque. Au-dessus de la crête iliaque, la loge ostéo-fibreuse, qui renfermait le psoas et l'iliaque, se rétrécit tout à coup, ne

contenant plus à partir de ce point que le psoas. A ce niveau, la paroi postérieure n'est plus constituée uniquement par un plan osseux : ce sont les apophyses transverses et le muscle carré des lombes, recouverts par le feuillet antérieur de l'aponévrose du transverse, qui la composent.

En bas, la paroi postérieure du canal iliaque, comme la paroi antérieure et les bords latéraux, est exclusivement constituée par le prolongement inférieur du fascia iliaca, qui entoure de tous côtés les extrémités inférieures du psoas et de l'iliaque. A sa partie postérieure, cette gaine est soutenue par la portion sus-cotyloïdienne de l'éminence ilio pectinée, et par les fibres antérieures de l'articulation de la hanche.

A ce niveau, existe fréquemment une bourse séreuse qui communique quelquefois avec l'articulation ; au niveau de cette bourse, la gaine du psoas iliaque et les ligaments articulaires de la hanche sont amincis, ce qui nous explique la communication assez fréquente des infections inflammatoires de la hanche au canal iliaque et vice versa.

Telle est la paroi postérieure. C'est celle-ci sur laquelle viendront reposer les premières couches de pus, en cas de psoïte dans la position couchée. C'est par cette paroi que l'on devra aborder l'abcès, qui, sous l'influence même de la pesanteur, s'écoulera par là, bien plus facilement que par une incision de la paroi antérieure. Il existe, en outre, des points plus déclives que d'autres dans cette paroi postérieure ; nous aurons à les déterminer plus loin. Occupons-

nous, maintenant, des autres parties du canal iliaque.

La paroi antérieure est beaucoup plus homogène que la postérieure. C'est elle qui, à proprement parler, constitue le fascia iliaca, lame aponévrotique recouvrant simplement le psoas en haut, le psoas et l'iliaque à la partie moyenne du canal, et se terminant en bas par une sorte d'entonnoir qui coiffe les extrémités terminales des deux muscles précités. Suivons cette paroi de haut en bas. En haut, elle partage les insertions du psoas et s'insère sur les parties latérales du corps des vertèbres. Vers les piliers du diaphragme, cette aponévrose est renforcée par la première arcade du diaphragme qui croise le psoas perpendiculairement à la direction de ses fibres et lui envoie une lame fibro-celluleuse, ordinairement assez mince et assez peu résistante. Elle descend le long du psoas et s'élargit tout à coup au niveau de la fosse iliaque interne où elle reçoit l'aponévrose de l'iliaque, ou plutôt se continue avec elle.

Cette paroi antérieure vient, en dehors, entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et l'inférieure, se joindre à l'arcade de Fallope à laquelle elle adhère intimement ; mais, au niveau du canal iliaque, entre l'épine iliaque antéro-inférieure et la bandelette ilio-pectinée, cette lame aponévrotique antérieure se dédouble. Son feuillet antérieur va se fixer à l'arcade de Fallope au niveau correspondant, tandis que l'inférieur accompagne le psoas jusqu'au petit trochanter. Cette lame cellulo-fibreuse, qui constitue la paroi antérieure du canal iliaque, est formée de fibres lon-

gitudinales et transverses qui, à partir des deux tiers inférieurs de la crête iliaque, acquièrent une épaisseur et une solidité considérables ; puis, si l'on remonte progressivement jusqu'aux interstices supérieurs du psoas, on voit cette toile aponévrotique s'amincir, devenir celluleuse, pour n'être plus qu'imperceptible en haut.

Au niveau de la fosse iliaque, il n'y a bien, en réalité qu'une seule aponévrose pour le psoas et l'iliaque ; mais cependant, entre les deux, il existe toujours, autour du nerf crural, une mince lamelle qui se porte dans l'interstice de ces deux muscles. Nous nous sommes demandé si, dans quelques cas, cette même lame ne suffisait pas pour établir entre ces deux muscles une séparation plus complète, au moins à l'état pathologique, que ne le prétendent les auteurs.

La partie supérieure de la gaine du psoas est plus mince ; sur un sujet sain, il est presque impossible de l'isoler. Mais, s'il survient une cause d'irritation quelconque, immédiatement les cellules prolifèrent et arrivent à constituer une barrière, sinon infranchissable, du moins assez résistante. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour cette lame s'étendant entre le psoas et l'iliaque ? Nous sommes persuadé que, dans nombre de cas d'abcès par congestion, suivant la gaine du psoas, le pus ne fuse pas en dessous de l'iliaque, en raison même de cette séparation.

Du reste, dans les injections au suif que nous avons pratiquées à l'amphithéâtre dans le canal

iliaque, nous avons vu l'injection rester localisée au psoas et ne pas dépasser l'interstice de celui-ci et de l'iliaque, quand elle n'était pas trop abondante et poussée trop violemment.

Nous insistons sur cette même cloison à peine signalée par les auteurs, parce qu'au point de vue chirurgical qui nous occupe, elle peut avoir une certaine importance. Supposons qu'au début la psorite reste limitée au psoas ; on n'atteindra que difficilement le pus par l'incision de la ligature de l'iliaque externe ; au contraire, par la trépanation qui tombe toujours au niveau de l'interstice du psoas et de l'iliaque, on pourra toujours facilement faire écouler le pus.

Quand nous avons fait ces expériences, nous ne connaissions pas les expériences analogues de Kœnig. Cet auteur (Traité de chirurgie spéciale) divise les suppurations de la fosse iliaque en trois groupes : 1^o les abcès sous-séreux ; 2^o les abcès du psoas ; 3^o les abcès du muscle iliaque. Il se base sur les expériences suivantes pour admettre cette division :

« On peut facilement déterminer le domaine d'extension de chacun de ces trois groupes d'abcès par des expériences consistant à introduire une canule dans la couche correspondante du tissu conjonctif, et à y injecter, sous une pression continue, mais modérée, un liquide ou une masse capable de se solidifier, (gélatine, etc). Lorsque l'injection est pratiquée au niveau du bord supérieur du petit bassin, à la partie la plus élevée du ligament large, le liquide soulève d'abord le péritoine qui recouvre le muscle psoas ilia-

que et se porte ensuite vers le point de réflexion de la séreuse, au niveau du ligament de Poupart. Même dans les suppurations peu abondantes, le décollement du péritoine est tellement étendu que, jusqu'à deux centimètres au-dessus du ligament de Poupart, surtout dans la moitié interne de ce dernier, la paroi abdominale n'est plus tapissée par la séreuse. Les abcès en question perforent les parties molles et la peau le plus souvent à la face antérieure du corps; tantôt ils se font jour directement au-dessus du ligament de Poupart, dans la zone que nous avons dit être dépourvue de péritoine, grâce au décollement de ce dernier, tantôt ils s'ouvrent plus bas, le long du trajet inguinal; tantôt enfin le pus se fraye un passage au-dessous du ligament, le long des vaisseaux qui passent par l'anneau crural, plus rarement le long du muscle psoas ou encore plus en dehors (nerf fémoro cutané).

Ainsi donc le pus perfore les téguments, presque toujours dans le voisinage immédiat du ligament de Poupart. Mais quelquefois aussi l'abcès s'ouvre dans la vessie ou le rectum, ou apparaît sous la peau, soit au niveau de la marge de l'anus, soit plus rarement à la partie postérieure du bassin, à travers la grande échancrure sciatique.

Si l'on fait l'injection au côté interne du muscle psoas, après sa sortie du bassin au-dessous du ligament de Poupart, le liquide remplit tout d'abord le voisinage des vaisseaux et le domaine du muscle en question; puis il remonte dans l'intérieur de la gaine du psoas ou entre les faisceaux musculaires, jusque

sur la partie latérale correspondante de la colonne vertébrale, après avoir ainsi franchi de bas en haut la cavité du bassin. Lorsque la pression est plus forte, le liquide se répand en haut latéralement vers le carré des lombes, et plus bas il envahit la région du muscle iliaque. Si l'on élève encore plus la pression, et si l'on injecte une plus grande quantité de liquide, ce dernier finit par remplir les fosses iliaques ; à l'abcès du psoas s'ajoute ainsi l'abcès de l'iliaque.

Les abcès qui suivent cette voie s'ouvrent ordinairement à la face antérieure de la cuisse, au bord interne de la gaine du psoas. De cette dernière, le pus peut aussi se répandre dans les adducteurs et atteindre la surface cutanée au niveau de la face interne ou de la face postérieure de la cuisse ; ou bien encore le pus descend jusqu'au genou, le long de l'interstice qui sépare le vaste interne des adducteurs. Quant aux voies secondaires de migration du pus, elles sont les mêmes que dans les abcès iliaques,

Le liquide injecté prend une direction différente lorsqu'on le fait pénétrer non plus au côté interne, mais bien au côté externe de la gaine du psoas. Dans ce cas, il se répand dans le domaine du muscle iliaque. Il envahit l'espace occupé par ce muscle qui se trouve compris entre la surface de l'os et l'aponévrose iliaque, et il pénètre entre les faisceaux musculaires. Après avoir rempli cet espace, le pus remonte le long du bord externe du psoas et atteint latéralement le carré des lombes et de là le tissu périnéphrétique. Lorsque la fosse iliaque est fortement remplie de pus, le muscle de même nom, soulevé par ce liquide

le long de son bord inférieur, dans le voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure, décolle le péritoine du ligament de Poupart et refoule en haut cette membrane. Par conséquent, à ce niveau, l'épanchement n'est plus recouvert par le péritoine, et le bistouri arriverait directement dans le foyer purulent à travers l'aponévrose iliaque ».

La présence du tissu conjonctif, lâche à la partie supérieure du canal iliaque, doit peut-être entrer en ligne de compte dans la pathogénie des psôites.

Quant aux bords de notre canal, ils sont des plus simples, ils sont aussi limités. En dedans et en haut, la gaine aponévrotique du psoas et de l'iliaque se fixe au point de la colonne où s'attachent les fibres du psoas, c'est-à-dire sur les parties latérales du corps des vertèbres, et en dehors s'unit à la lame profonde du transverse qui recouvre le carré des lombes.

Un peu plus bas, dans la fosse iliaque et en dedans, elle se recourbe sur le bord interne du psoas et s'attache solidement sur le pourtour du détroit supérieur. En dehors, elle se fixe à la lèvre interne de la crête iliaque et aux épines iliaques antéro-supérieure et inférieure.

Nous avons déjà vu que, parvenu dans la région crurale, au lieu de former simplement un cintre aponévrotique, recouvrant la face antérieure du muscle, le fascia iliaca l'entoure d'une gaine complète en constituant là une sorte d'entonnoir membraneux allant en s'effilant jusqu'au petit trochanter. Ces expressions de bord interne et externe ne sont justes qu'à l'état normal, car, à l'état pathologique, lorsque

le canal iliaque est distendu par du pus, ce ne sont plus des bords, mais véritablement des faces interne et externe.

Il n'y a rien à dire des extrémités supérieures et inférieure du canal de Velpeau. En haut, il est fort mal limité. Il est en rapport avec le tissu conjonctif périrénal, ce qui explique la tendance qu'ont certaines suppurations à se porter vers ce parenchyme

L'inférieur, au contraire, est très bien limité, car son insertion ne se fait que sur le petit trochanter. La gaine, d'autre part, est très puissante à ce niveau.

Les vaisseaux de la fosse iliaque interne, c'est-à-dire les iliaques primitives, les iliaques internes et externes, pendant une partie de leur trajet, longent le détroit supérieur, en se plaçant dans un dédoublement du fascia iliaca.

Quant au nerf crural, il est situé, comme nous l'avons déjà dit, dans l'interstice du psoas et de l'iliaque, au-dessous de l'aponévrose. Il est assez adhérent à la face inférieure de celle-ci et ne risque pas plus d'être blessé par la trépanation du bassin que les vaisseaux iliaques. Néanmoins, si, après avoir ouvert la fosse iliaque osseuse, on fait quelques débridements au fond de la plaie, on devra les faire avec la sonde cannelée et avec ménagement, pour ne pas intéresser ce nerf et ces vaisseaux.

Nous arrivons maintenant à la fosse iliaque osseuse. Nous étudierons plus loin la direction qu'elle présente dans les diverses positions du corps, et nous en déduirons des conclusions importantes au point de vue qui nous occupe. Pour le moment, nous

ferons remarquer que, limitée en haut par la crête iliaque supérieure, en avant par une ligne ondulée, où l'on remarque l'épine iliaque antérieure et supérieure, l'inférieure, et un espace où passe le canal iliaque, enfin, en dedans, par le détroit supérieur du bassin, l'articulation sacro-iliaque et l'aile du sacrum, nous ferons remarquer, disons-nous, que cette fosse iliaque osseuse est loin de présenter partout la même épaisseur. Il existe des variétés individuelles considérables ; mais ce qui est absolument certain, c'est que, chez tous les sujets, il existe un point dont la minceur est extrême, à travers laquelle on voit une lumière.

Ce point, généralement, ne présente pas une épaisseur supérieure à deux millimètres. Dans quelques cas, on a même signalé une perforation à ce niveau. Ceci est d'autant plus important, que cette surface amincie de l'os iliaque est précisément, comme nous le verrons plus loin, la partie la plus déclive de toute la fosse iliaque, quand le malade se trouve couché, les épaules et la tête un peu hautes. Naturellement, c'est vers lui que nous proposons de faire porter la couronne du trépan. La situation de ce point osseux de moindre épaisseur présente encore cet avantage qu'il ne répond à aucun organe important, et qu'il est juste au milieu du canal iliaque de Velpeau.

L'artère nourricière de l'os innommé répondant à la fosse iliaque ne présente pas des points d'entrée absolument fixes. Mais ce que nous pouvons dire, après avoir examiné un nombre notable de bassins, c'est que l'artère se trouve toujours sensiblement au-

dessous et en dedans des points que nous trépanons.

Les rapports de ce même point osseux ne sont pas moins favorables dans la fosse iliaque externe à une intervention chirurgicale.

Il correspond, en effet, approximativement, à l'interstice de séparation du grand et du moyen fessier. Le petit fessier ne s'insère sur lui que par quelques fibres insignifiantes. Enfin, ce qui est plus important, les troncs principaux de la fessière qui se portent, l'un en arrière, entre le grand fessier et les pelvi trochantériens, et l'autre en avant, entre le moyen et le petit fessier, en formant deux arcades à concavité inférieure, sont situés un peu au-dessous de notre lieu d'élection pour la trépanation iliaque. Toutefois, comme de ces troncs partent un grand nombre d'artérioles se dirigeant dans tous les sens, nous conseillons d'écarter avec la sonde cannelée les fibres musculaires, et de ne se servir du bistouri que le moins possible. Au reste, la ligne d'incision que nous proposons ne permet pas d'arriver sur les branches principales de ces vaisseaux, à moins de pratiquer de notables délabrements en bas.

Voici, du reste, les différents plans que l'on rencontre en allant de la peau à la fosse iliaque par la ligne d'incision que nous indiquerons plus loin.

On trouve la peau et une couche cellulo adipeuse souvent très considérable, qui à elle seule présente parfois une épaisseur plus grande que toutes les autres parties constitutives de la fosse iliaque externe.

Nous devons dire cependant que, chez les malades et notamment chez ceux qui sont atteints de psôite,

cette couche adipeuse est notablement diminuée et, par conséquent n'oblige pas à faire des incisions trop longues comme nous avons dû le faire quelquefois à l'amphithéâtre, sur des sujets chargés de pannicules adipeux. Au-dessous se trouve l'aponévrose fessière, assez résistante à ce point et donnant insertion par sa face profonde à quelques fibres du moyen fessier.

A ce niveau, on aperçoit généralement l'interstice du grand et du moyen fessier. C'est là qu'il faut pénétrer avec la sonde cannelée. Si cet interstice n'était pas visible, on pourrait ne pas s'en préoccuper et écarter simplement les fibres musculaires sous jacentes, car on serait assuré de ne léser qu'un nombre de filets musculaires trop minime pour diminuer l'action des muscles grand fessier, moyen ou petit fessier. C'est à ce moment que l'on peut apercevoir, à la partie inférieure de la plaie, quelques branches de la fessière.

Il sera toujours facile de les récliner en bas avec la sonde cannelée qui doit remplacer le bistouri, jusqu'à ce qu'on soit arrivé sur le plan osseux. Un écarteur profond est placé en bas, et alors il ne reste plus qu'à inciser crucialement le périoste et à le décoller avant d'appliquer la couronne du trépan.

Dans ces diverses couches musculaires on trouve quelquefois de grosses veines variqueuses. Celles-ci, que le chirurgien obligé de pratiquer la ligature de la fessière redoute tant, ne sont pas moins gênantes dans le cas qui nous occupe; la ligature en est difficile et tient mal, car ces veines sont généralement

friables ; mais la compression en place est suffisamment efficace pour se rendre maître de leur hémorrhagie.

Nous devons revenir encore sur l'épaisseur minime du point osseux que nous trépanons, car il présente une importance dont certains chirurgiens n'ont pas tenu compte. La trépanation, d'abord, est beaucoup plus facile sur un os mince. A défaut de trépan, on peut facilement faire sauter cette lamelle osseuse avec la gouge et le maillet ; ce qui, certes, présenterait de la difficulté si l'on pratiquait la trépanation iliaque un peu plus bas, comme le conseille Weiss, ou bien au niveau de la crête iliaque postérieure, à l'exemple de Verneuil. Mais la difficulté opératoire ne doit que peu compter pour le chirurgien et, si la question d'épaisseur de l'os ne présentait pas d'autre intérêt plus grand, nous ne l'aurions même pas signalée.

Lorsque la trépanation iliaque est pratiquée pour une psoïte, le pus risquera d'infècter la plaie osseuse que l'on vient de créer, et c'est là une objection que ne manqueront pas de nous faire les partisans de l'ancienne méthode. Ces menaces d'infection seront d'autant plus grandes que la plaie osseuse présentera une plus grande surface, et seront réduites à leur minimum si l'épaisseur de l'os n'est que de 1 millimètre ou 2. Le point que nous proposons de trépaner est réduit à deux lamelles osseuses entre lesquelles il n'existe presque pas de tissu spongieux. Du reste, avec le thermo-cautère, il serait toujours

facile d'oblitérer les faibles voies d'absorption que pourraient suivre les agents infectieux.

Weiss, qui pratique sa trépanation plus bas, a une épaisseur notablement plus grande de tissu osseux, compact et spongieux à traverser. Le procédé de M. Verneuil, qui consiste à appliquer une ou deux couronnes de trépan sur les crêtes iliaques postérieures, traverse également une grande épaisseur de tissu osseux ; que quelques gouttes de ce pus si infectieux de la psoïte viennent se déposer dans ces alvéoles osseuses remplies de moëlle, et nous croyons que l'infection ne sera pas loin. Nous devons dire, toutefois, que les procédés de trépanation indiqués par Verneuil et Weiss ne s'appliquent pas, d'après ces auteurs, au traitement des psoïtes mais à celui d'abcès du bassin dont le pus présente une acuité phlogogène beaucoup moindre que celui de la myosite infectieuse du psoas.

Il nous reste maintenant à établir les deux points suivants :

1^o Quel est le point le plus déclive du bassin dans la position du lit ?

2^o Quels sont les points de repère extérieurs qui nous permettent d'arriver sûrement sur lui ?

Il est bien évident que, dans la situation debout, le point le plus déclive du canal iliaque correspond au petit trochanter. C'est pour cette raison que, dans les affections suppurées du canal iliaque qui n'obligent pas les malades à garder le lit et qui leur permettent encore de marcher, le pus vient se porter, même tôt, vers le petit trochanter. Mais il n'en est

pas de même de la psoïte qui oblige, dès son début, les malades à garder le lit. C'est dans cette position que nous devons chercher le point le plus déclive de la fosse iliaque.

Il faut d'abord remarquer que, dans la position du lit, le malade n'est pas placé sur un plan horizontal. S'il en était ainsi, ce serait la région lombaire et la crête iliaque postérieure qui constitueraient les points où le pus aurait le plus de tendance à stagner, puisque ceux-ci seraient les plus bas de tout le canal iliaque. Mais les choses se passent tout différemment dans la position occupée par le malade dans le lit.

Il a, tout d'abord, la cuisse en abduction légère, quelquefois en adduction et surtout en flexion sur le bassin. Cette position contribue déjà à élever la gaine du psoas iliaque au-dessus du niveau qu'elle occupe normalement dans la situation couchée.

D'autre part, le poids des masses musculaires de la fesse, les masses abdominales supportées par la cavité pelvienne, déterminent toujours une dépression du lit à ce niveau, car nous ne croyons pas que l'on ait eu jamais l'idée de mettre une planche horizontale sous les matelas de malades atteints de psoïte. Ajoutons encore que les oreillers, les traversins que l'on place sous la tête et sous les épaules du malade, élèvent la partie supérieure de la colonne et font forcément basculer le bassin en avant ; en un mot, chez un malade atteint de psoïte et placé dans un lit, la colonne vertébrale, le bassin et le membre inférieur correspondant décrivent un arc de cercle à convexité

postérieure, à concavité antérieure et dont le point le plus bas correspond à la fosse iliaque.

Pour avoir une détermination plus mathématique du point le plus déclive du canal iliaque, voici comment nous avons procédé. Nous prenons un squelette complet articulé, et nous le plaçons sur un plan horizontal d'abord, puis, au-dessous du point qui correspond aux épaules, nous glissons un ou plusieurs billots qui font tenir ce squelette dans la position que nous venons de décrire, dans la situation du malade au lit. Ceci fait, nous fléchissons le fémur sur le bassin, et nous inclinons un peu celui-là du côté où nous supposons qu'existe la psoïte. Cette inclinaison du bassin du côté malade existe chez les individus atteints de psoïte; elle résulte probablement du mouvement de flexion et d'abduction imprimé à la cuisse par le psoas iliaque relâché d'une façon réflexe par les muscles voisins. Ceci fait, nous tirons une ligne qui représentera la corde de la circonférence iliaque sous-jacente. Cette ligne part des points d'insertion supérieure du psoas et aboutit en bas à cette partie de la crête pectinée que traverse le psoas iliaque.

Nous mesurons alors quel est le point de la fosse iliaque le plus éloigné de cette corde et nous arrivons à trouver que c'est précisément l'endroit de cette cavité osseuse qui présente la plus grande minceur; qu'il est situé au niveau de l'interstice du psoas et de l'iliaque, à 3 centimètres en dehors de l'articulation sacro-iliaque, et 2 cent. et demi environ du détroit supérieur.

Il s'agissait maintenant de déterminer sur la fosse iliaque externe une ligne passant par ce point et, sur cette ligne, l'endroit qui lui correspond.

En examinant attentivement des bassins secs, nous avons alors constaté que le point précédemment indiqué était situé sur une ligne allant de l'épine iliaque postéro-supérieure à l'épine antéro-supérieure. D'autre part, si on prend le milieu de cette ligne, on constate que c'est à ce niveau que se trouve la plus grande minceur de l'os iliaque, et notre lieu d'élection pour la trépanation. Rien n'est plus facile à déterminer, sur le cadavre et sur le vivant, que ces différents points de repère.

Il est un point sur lequel nous n'avons pas encore suffisamment insisté et qui présente cependant, croyons-nous, une certaine importance. Nous voulons parler de l'épaississement du fascia iliaca, lorsque du pus a séjourné à son voisinage et que des phénomènes inflammatoires ont pu l'atteindre.

Dans ces cas, cette toile aponévrotique acquiert une consistance spéciale en même temps qu'elle double ou triple d'épaisseur. Dans de telles circonstances, lorsque les tissus de la fosse iliaque interne ont été détruits par la suppuration, il en résulte une cavité dont la voûte est formée par un fascia iliaca rigide qui empêchera la pression abdominale de se faire sentir à ce niveau. On dit souvent que, dans la poïte ou les suppurations de la fosse iliaque, le drainage au dessus de l'arcade de Fallope ou de la crête iliaque est suffisant pour assurer l'écoulement du pus qui est favorisé par une compression continuelle

qu'exerceraient les viscères sur le fascia iliaca. Or, celui-ci est tellement induré et épaissi (obs. de Laro-yenne, Goullioud et autres) qu'il doit certainement annihiler cet effet. M. Terrillon, à la Société de Chirurgie, a d'ailleurs reconnu ce fait sur lequel nous avons déjà insisté dans notre thèse inaugurale. Nous avons eu aussi la satisfaction de lui voir admettre l'idée que nous avons également émise précédemment, à savoir de trépaner très largement l'aile iliaque, afin de permettre aux tissus de la fosse iliaque interne d'aller combler, partiellement au moins, la cavité qui résultait de la fonte du psoas iliaque.

Comme nous le disions, cette opération serait à la fosse iliaque interne l'application des principes qui avaient guidé d'abord Gayet et Letiévant, puis Estlander, dans la résection des côtes pour certains empyèmes ; on pourrait, à la rigueur, nous objecter que la destruction d'une notable partie de la fosse iliaque osseuse pourrait affaiblir la force que doivent présenter les parties latérales du bassin, et qu'on s'exposerait à blesser des vaisseaux importants. Mais, en y regardant de près, on voit que ce sont surtout les portions osseuses qui constituent le détroit supérieur qui supportent la transmission du poids du corps aux fémurs. D'autre part, ne sait-on pas, depuis les observations de Kocher (de Berne) et de Roux (de Lausanne), que l'ablation de la presque totalité d'un côté du bassin n'est pas incompatible avec la marche, lorsqu'ultérieurement s'est effectuée la régénération osseuse.

Les gros vaisseaux seront aussi facilement épar-

gnés si l'on veut, dans cette trépanation étendue, faire à partir du point que nous avons indiqué un large décollement sous-périostique avant d'enlever une portion plus ou moins étendue de la fosse iliaque interne.

Chez l'enfant, jusqu'à l'âge de 7 à 8 ans, les fosses iliaques ne présentent du côté interne qu'une concavité insignifiante. On a une surface à peu près plane et d'autant plus plane qu'on se rapproche davantage de la naissance.

D'autre part, chez l'enfant, la fosse iliaque a moins d'irrégularité dans son degré d'épaisseur. Le centre de l'os iliaque est beaucoup plus épais que le point correspondant du bassin d'un adulte. Chez le premier, on ne peut nullement constater de transparence.

La forme concave de la fosse iliaque interne tend à s'établir à partir de 8 à 10 ans; à partir de ce moment aussi on voit le centre de cette fosse perdre de son épaisseur et acquérir un certain degré de translucidité. Ce qu'on remarque aussi, comme l'a signalé M. Vincent, c'est que le point où la minceur de l'os est à son maximum, correspond au milieu de la ligne qui réunit les deux épines iliaques supérieures, antérieure et postérieure, mais un peu au-dessus d'elle. Toutefois, il s'en faut de si peu (de 2 à 6 millimètres), qu'en pratique, on peut certainement n'en pas tenir compte.

Ce qu'il importe avant tout dans la trépanation pour psoïte grave, c'est de trépaner au point le plus déclive de la fosse iliaque, et peu importe s'il faut

traverser quelques dixièmes de millimètre d'épaisseur d'os en plus. Une autre raison pour laquelle il faut conserver comme lieu d'élection pour la trépanation celui que nous avons indiqué, c'est qu'il est facile à déterminer, facile à aborder, et en dehors des vaisseaux importants de la région fessière.

II. — EXPÉRIENCES DESTINÉES A MONTRER LES POINTS DE DÉCLIVITÉ MAXIMA DANS LES SUPPURATIONS DE LA FOSSE ILIAQUE.

Première série d'expériences. — Détermination du point le plus décline du canal iliaque dans la position horizontale. — Nous avons pris les principaux squelettes articulés que nous avons trouvés dans les salles et laboratoires d'anatomie, et nous les avons successivement placés sur une table que l'on pouvait considérer comme absolument horizontale. Nous les placions sur celle-ci, de telle sorte qu'ils ne reposaient sur ce plan horizontal que par les apophyses épineuses des vertèbres lombaires, de quelques vertèbres dorsales, et enfin par l'occiput.

Ces squelettes étaient calés latéralement, et quand ils étaient absolument immobilisés, une corde était tendue de la crête pectinéale au niveau des insertions du psoas. Nous constatons par des mensurations, un peu variables suivant les sujets, que la déclivité de la fosse iliaque allait en augmentant de bas en haut et d'avant en arrière. Le point le plus éloigné de la corde répondait à la crête iliaque postérieure.

Dans ces conditions, la trépanation de la crête iliaque postérieure, proposée par Verneuil, répondait donc au point inférieur du canal. Mais cette position donnée au squelette n'est pas naturelle : elle n'est jamais celle que prennent les malades atteints de psoïte dans leur lit. Ces malades, en effet, cherchent, avant tout, à relâcher le plus possible leur psoas iliaque et ils y arrivent de la façon suivante. Ils fléchissent leur cuisse sur le ventre et leur jambe sur la cuisse ; ils portent enfin leur membre inférieur en abduction légère et rotation externe. Ce mouvement retentit sur la position du bassin qui s'incline légèrement du côté malade. Ces mouvements divers ont pour effet de rapprocher les insertions inférieures du psoas iliaque de ses insertions supérieures. Pour cela, le malade fléchit autant qu'il le peut sa colonne vertébrale, ce qu'il obtient en faisant mettre sous sa tête et ses épaules nombre de traversins et d'oreillers. Dans ces conditions, la crête postérieure du bassin s'élève un peu et le psoas iliaque se trouve à son maximum de relâchement.

Le corps tout entier, depuis le tronc jusqu'au genou, décrit ainsi une courbure à concavité antérieure, dont le point le plus déclive correspond à la fosse iliaque.

Deuxième série d'expériences. — Détermination du point le plus déclive du canal iliaque dans la position couchée des malades atteints de psoïte.

Sur les mêmes squelettes que nous avons placés, au moyen de billots et de morceaux de bois, dans les

mêmes positions que celle des malades atteints de psoïte et que nous venons de décrire, nous reprîmes les mensurations précédentes, et alors nous nous sommes aperçu que le point de déclivité maxima était notablement changé et qu'il correspondait à une dépression que l'on voit dans la fosse iliaque, à deux ou trois centimètres en dehors du milieu de l'articulation sacro-iliaque.

Dans ces expériences, nous n'étions pas dans les mêmes conditions que sur le vivant, à cause du défaut de mobilité présenté par les colonnes vertébrales des squelettes ; mais les mouvements de flexion et d'extension de la colonne lombaire sont tellement minimes qu'on peut bien en faire complètement abstraction et considérer ces expériences comme relativement rigoureuses.

Troisième série d'expériences. — Vérification des résultats précédents au moyen d'un liquide placé dans la fosse iliaque interne. — Deux squelettes étaient placés sur deux tables : l'un dans la position horizontale et l'autre dans la position d'un malade atteint de suppuration du psoas (Nous avons pris des bassins munis de leurs ligaments).

Dans la fosse iliaque interne de celui-ci, nous avons versé une petite quantité d'eau. Si alors nous mettions ce bassin dans la même position que celui qui était placé horizontalement, nous voyions le niveau d'eau se placer en arrière de la crête iliaque.

Remettant alors une nouvelle quantité d'eau dans la fosse iliaque, nous plaçons notre bassin dans la

même position que celui du second squelette, c'est-à-dire dans la situation de tout bassin d'individu atteint de psoïte. Le liquide alors reste dans la fosse iliaque au niveau du point que nous avons indiqué, et si la quantité d'eau est un peu considérable, la partie la plus profonde de la nappe aqueuse est celle qui correspond au milieu d'une ligne menée par la pensée de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'épine postérieure et supérieure.

Il fallait maintenant déterminer quel était le point de la fosse iliaque externe qui correspondait à notre point de déclivité maxima de la fosse iliaque interne dans la psoïte. Nous fîmes alors les expériences suivantes.

Quatrième série d'expériences. — Détermination du point de la fosse iliaque externe qui correspond au point de déclivité maxima de la fosse iliaque interne. — Sur un cadavre, nous enlevons la paroi abdominale et les viscères. Nous dépouillons la fosse iliaque interne de tous les organes qu'elle renferme, et nous déterminons dans celle-ci notre lieu de déclivité maxima du canal iliaque. Ceci fait, dans ce point, nous enfonçons un long clou qui traverse le bassin et toutes les parties molles de la fosse iliaque externe. Nous avons soin de l'enfoncer tout à fait perpendiculairement à la surface de l'os iliaque. Nous avons vu alors que la pointe du clou sortait des parties molles sur une ligne menée, de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'épine iliaque postérieure et supérieure, points qui sont toujours très

faciles à trouver. En mesurant l'espace qui s'étend du clou à l'épine iliaque antérieure et supérieure et celui qui va du clou à l'épine postéro-supérieure, nous l'avons trouvé un peu variable suivant les sujets, mais toujours sensiblement égal des deux côtés. C'est ainsi que nous avons vérifié sur le cadavre ce que nous avions déjà pu déterminer par des mensurations sur le squelette.

Cinquième série d'expériences — Dans ces expériences, nous avons poussé des injections de suif dans le canal iliaque. Nous voulions savoir si le liquide pouvait rester isolément dans le psoas et l'iliaque, séparé par le nerf crural et sa gaine celluleuse. Nous ne sommes pas toujours arrivé aux mêmes conclusions. D'une façon générale, voici le résultat de nos expériences sur ce point :

Nous pratiquions une incision au pli de l'aîne, de façon à mettre à nu le psoas iliaque muni de sa gaine, que nous respections scrupuleusement. Si alors nous poussions au-dessous de la partie interne de cette gaine une injection, avec lenteur et en petite quantité, nous remarquions que lorsque nous ouvrons le cadavre et disséquions la fosse iliaque interne, le liquide de l'injection était resté dans le psoas, et qu'il semblait avoir été empêché de fuser dans l'iliaque par les adhérences du crural au fascia iliaca et par la gaine celluleuse qui l'entourait. Dans certains cas, cependant, l'injection, quoique poussée lentement et faiblement, passa dans le muscle iliaque. Mais, dans les conditions où nous nous trouvons, nous sommes

éloigné de ce qui se passe à l'état pathologique. En effet, au début d'une psoïte, nous voyons le fascia iliaca devenir beaucoup plus résistant et plus épais. La partie supérieure qui est réduite à une mince lame celluleuse, s'épaissit. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour le tissu cellulaire entourant le nerf crural et qui sépare superficiellement le psoas et l'iliaque ?

Si en était ainsi, on pourrait espérer, par une trépanation hâtive permettre à la suppuration de rester limitée au psoas, et de ne pas envahir l'iliaque.

Quand l'injection était poussée violemment, dès que la canule de la seringue était plongée sur le bord externe du canal crural, on voyait toujours le liquide fuser dans toute l'étendue du psoas iliaque et distendre les parois du canal iliaque.

Sixième série d'expériences. — Dans cette série d'expériences, nous avons voulu vérifier si, en suivant la ligne d'incision externe que nous avons indiquée plus haut, nous tomberions toujours sur le foyer purulent qui, sur nos cadavres, était représenté par une injection de suif.

Pour cela, après avoir fait des injections au suif dans le canal iliaque, par le procédé que nous avons indiqué plus haut, nous renversions le sujet sur le dos, nous pratiquions une incision cruciale dont le centre répondait au milieu de la ligne qui réunit les deux épines iliaques supérieures. Arrivé sur l'os, soit avec une couronne de trépan, soit avec la gouge et le maillet, nous faisons sauter la lame d'os iliaque

correspondante ; nous tombions alors au milieu du psoas iliaque infiltré de suif.

Quelquefois nous sommes tombé simplement sur le muscle ; mais si, avec la sonde cannelée, nous écartions les fibres musculaires, nous ne tardions pas à rencontrer les substances que nous avions injectées.

Quand l'injection était restée limitée au psoas, il fallait, avec la sonde cannelée, écarter les fibres musculaires en dirigeant son bec en dedans pour sentir le liquide de l'injection. Par conséquent, lorsque la trépanation sur le bassin sera faite en vue d'une suppuration limitée au psoas, il faudra, autant que possible, faire la trépanation au point le plus interne de la portion où l'os est aminci et, en outre, après, avec la sonde cannelée, faire des débridements en dedans pour tomber au milieu du psoas,

Dans d'autres expériences analogues, nous avons procédé de la façon suivante. Nous avons d'abord pratiqué la trépanation, puis, remettant le sujet sur le dos, nous faisons une injection très chaude dans le canal iliaque par le procédé indiqué plus haut. Nous eûmes alors la satisfaction de voir l'injection s'écouler à l'état sirupeux par l'orifice que nous avions fait avec le trépan ou la gouge. Nous avons ainsi une idée de ce que doit être l'écoulement du pus, quand, après trépanation, on tombe sur un foyer de suppuration.

Enfin, signalons la façon suivant laquelle nous avons procédé pour reconnaître quel était le point le plus mince de la fosse iliaque osseuse. Nous avons pris différents bassins et nous les interposions au ni-

veau des fosses iliaques, entre le soleil ou une lumière et l'œil. Dans ces conditions, nous avons vu que, dans la fosse iliaque, il y a, sur presque tous les bassins, deux ou trois centimètres carrés qui paraissent translucides, qui laissent passer une partie de la lumière; en un mot, qui présentent une épaisseur minime, en tous cas bien inférieure à celle du reste de l'os. Ces quelques centimètres carrés correspondent, du reste, à peu près à notre point de déclivité maxima du bassin. D'une façon générale, ils s'étendent peut-être un peu au-dessus de la ligne qui réunit les épines iliaques supérieures, mais, en tout cas, se trouvent toujours approximativement sur le milieu de cette ligne.

Telles sont les expériences que nous avons faites. Elles ont été répétées chacune sur plusieurs sujets. Mais nous n'avons pas cru devoir les relater toutes successivement. Ce que nous avons écrit représente la moyenne des résultats de nos recherches. Les cas extrêmes, en effet, ne présentent qu'un intérêt au point de vue théorique. »

Nous terminons ici l'exposé des remarquables études de M. le Professeur agrégé Condamin. Nous nous permettons d'y ajouter quelques réflexions qui nous paraissent d'une réelle importance au point de vue de la discussion ultérieure.

Et, tout d'abord, nous occupant spécialement des suppurations du psoas, nous ferons remarquer que ce muscle s'étend de part et d'autre au delà des limites de la fosse iliaque interne. Nous ne nous occuperons que de la limite supérieure. La gouttière formée par la fosse iliaque interne, la moitié correspondante du

sacrum et la partie inférieure de la colonne lombaire se continue en haut avec une seconde gouttière, sorte de tuile creuse à laquelle on peut décrire deux versants latéraux et un fond. Le fond (le sujet étant étendu horizontalement) est constitué de bas en haut par :

- 1^o La peau ;
- 2^o Le tissu cellulaire sous-cutané ;
- 3^o L'aponévrose lombaire ;
- 4^o Les apophyses transverses, la masse sacro-lombaire, les muscles intertransversaires et le feuillet moyen de l'aponévrose du transverse ;
- 5^o Le muscle carré des lombes et le ligament ilio-lombaire ;
- 6^o Le feuillet antérieur de l'aponévrose du transverse.

Les faces latérales de notre gouttière sont d'étendue très inégale. La face externe de beaucoup la plus vaste, est constituée par :

- 1^o La peau ;
- 2^o Le fascia superficialis ;
- 3^o Le muscle grand oblique ;
- 4^o Le muscle petit oblique ;
- 5^o Le muscle transverse ;
- 6^o Le fascia transversalis.

La face interne, très étroite, est constituée par :

- 1^o Le psoas, atteignant en haut la 12^e vertèbre dorsale ;
 - 2^o Les corps des vertèbres lombaires.
- Une partie du psoas et une partie notable, dépasse

par conséquent en haut les limites de la fosse iliaque interne

Un second point nous a paru mériter de fixer un instant notre attention.

Dans une de nos observations (Ob. XIV), le chirurgien s'est trouvé à son grand étonnement, en face de grosses difficultés dues à la grande épaisseur et à la dureté de l'os des iles au niveau du point de la trépanation (Repère de M. Condamin). C'était le premier exemple de ce genre, était-ce une rarissime exception ou fallait-il s'attendre à rencontrer de temps à autre de pareils obstacles ? Des recherches précises étaient seules capables de répondre à cette intéressante question.

Nous avons examiné à ce point de vue 185 bassins d'adultes, tous ceux que nous avons pu nous procurer. Il eût été désirable que le nombre en fût plus grand, nous avons dû nous contenter des ressources à notre disposition. De ces 185 bassins, 98 appartenaient aux collections de l'Ecole et aux salles et laboratoires de la Faculté, les 87 autres, au Musée de la Clinique obstétricale de la Charité. Ici, déjà, une objection était à prévoir, ces 87 derniers bassins étant des bassins anormaux, aplatis, rétrécis, rachitiques, cyphotiques, etc....., ne nous exposons-nous pas à une importante cause d'erreur en les faisant entrer en ligne de compte dans notre statistique ? Pour échapper à cette critique, dans la mesure du possible, voici comment nous avons procédé. Nous avons éliminé tous ceux de ces bassins qui étaient catalogués rachitiques, ainsi que ceux qui présentaient de notables

déformations apparentes ; ceci fait, nous avons opéré séparément sur les bassins restants de cette collection et sur les bassins d'autre origine, bien décidé à ne tenir compte des résultats obtenus dans l'examen de la première série, que s'ils nous paraissaient absolument comparables aux résultats obtenus dans la seconde.

Commençant par examiner tous ces bassins, par transparence à la lumière du jour, nous avons constaté qu'un grand nombre d'entre eux présentaient au niveau de la fosse iliaque une zone translucide. Dans tous les cas où cette zone translucide existait elle était située au niveau du point de repère indiqué par M. Condamin. Le centre de cette zone qui est en même temps le point le plus lumineux, c'est à dire le plus mince, était situé un peu au-dessus de ce point de repère qui correspondait cependant dans tous ces cas à une épaisseur minime de l'os.

Déterminant ensuite sur chaque bassin le milieu de la ligne biépineuse, nous mesurions très exactement au compas d'épaisseur, l'épaisseur de l'os en ce point. Nous avons réuni sous forme de tableau les résultats obtenus en les groupant de façon à obtenir des divisions aussi simples que possible.

Epaisseur	1 ^{re} série	2 ^e série
De 0 à 3 mm	54	49
De 3 à 4 »	24	41
De 4 à 6 »	8	7
Au-dessus de 6 »	1 = 11 mm	1 = 9 mm
Total	87	98

Les résultats obtenus dans les deux séries nous paraissent absolument comparables. On peut donc admettre, pensons-nous, d'après cette statistique, que nous aurions voulu voir plus étendue, qu'un bassin sur cent environ présente, au point le plus mince de la fosse iliaque, une épaisseur exceptionnelle oscillant autour d'un centimètre.

Passons maintenant à une autre question, la détermination du point de déclivité maxima de la fosse iliaque.

Nous avons répété d'abord la troisième série d'expériences de M. Condamin. En réglant convenablement les conditions de ces expériences, telles que le relèvement de la colonne vertébrale et l'inclinaison du bassin, nous avons obtenu des résultats identiques.

Mais le psoas, avons-nous dit, n'est pas contenu tout entier dans la fosse iliaque, il suit dans la plus grande partie de son parcours, une gouttière constituée par cette fosse prolongée vers le haut. Nous nous sommes demandé si, même étant le point le plus déclive de la fosse iliaque, le point indiqué par M. Condamin était bien aussi, toujours dans la position de la psoïte, le point déclive de cette gouttière. A priori, il était permis de supposer le contraire. Comme le dit lui-même M. Condamin, tout tend, chez le malade atteint de psoïte, à rapprocher les insertions inférieures des insertions supérieures du psoas et vice versa ; les insertions respectives des muscles de la paroi abdominale se rapprochent en même temps l'une de l'autre. Il est logique d'admettre à

priori que ces muscles relâchés, se laissant déprimer facilement, puissent former au-dessus de la crête iliaque rigide un bas-fond. Si l'on place un cadavre éviscéré en position de psoïte et que l'on verse de l'eau dans la fosse iliaque du côté supposé atteint, une partie de cette eau reste dans cette fosse et ne s'écoule pas vers le haut, c'est vrai ; mais, si inversement on verse de l'eau au-dessus de la crête une partie de cette eau stagne en ce point sans s'écouler vers la fosse. Nous dirons plus loin la valeur que nous attachons à cette constatation qui ne mérite pas le nom d'expérience.

Nous n'avons pas voulu entrer, à ce sujet, dans la voie d'une expérimentation rigoureuse, nous risquions de nous donner beaucoup de peine en cherchant à réaliser les conditions si complexes et si variées des problèmes cliniques, cela sans aucune chance de succès. Nous avons voulu, autant qu'il était en notre pouvoir, placer la question sur le terrain de la clinique et de l'observation.

Nous devons cependant, pour être complet, relater encore une expérience réalisée par M. Libouroux, dans le but de démontrer que le point le plus déclive de la fosse iliaque est situé au niveau de la crête iliaque postérieure.

« Le point déclive au maximum de la fosse iliaque sur un sujet couché au lit, n'est pas le milieu de cette fosse mais bien le bord supéro postérieur de l'os.

Pour nous en convaincre, après lecture du procédé incomplètement rigoureux de Condamin, dit du squelette, nous avons expérimenté à l'amphithéâtre

d'abord avec M. Ardouin, médecin principal de la marine, et plusieurs fois depuis en nous arrêtant au procédé suivant.

Le sujet étant mis dans le décubitus dorsal, mais avec les épaules fortement relevées pour représenter la position couchée au lit et compenser ainsi l'enfoncement du siège dans le matelas, nous avons ouvert la fosse iliaque par l'incision classique de la ligature de l'iliaque externe.

La main, introduite dans le bassin en dehors du péritoine, crée une cavité artificielle maintenue béante par deux écarteurs réclinant en haut et en dedans les intestins.

300 grammes d'eau ayant été mis dans cette cavité nous avons obtenu par la trépanation de Condamin, 210 grammes, soit les $\frac{2}{3}$; par l'incision sus-iliaque, 280 grammes, soit la presque totalité.

Pour les sceptiques, il suffira de pratiquer, à la première autopsie venue l'exploration à l'index de la fosse iliaque par l'incision précitée. Le doigt cherchant le point déclive de la cuvette est comme surpris de trouver au-dessus de la crête postérieure de l'ilium une rigole du volume du pouce, faisant là une sorte d'hiatus lombo-iliaque, qui sert de collecteur à tout liquide survenu dans la région. »

Nous discuterons cette expérience quand le moment en sera venu.

CHAPITRE III

Documents cliniques

Nous présenterons nos observations suivant l'ordre que nous avons adopté lors de l'exposition des différents procédés opératoires.

A. — Cas où l'on a employé l'incision des parties molles

OBSERVATION I

(Résumée.)

(D^r GLEIZE, Méd. major. *Archives de méd. et de Pharm. militaires.*
Octobre 1894).

PSOITIS DOUBLE SUPPURÉ. — INCISION DE 4 CENT PARALLÈLE
A L'ARCADE CRURALE. — MORT. — AUTOPSIE.

Homme de 22 ans, vigoureux. Entre à l'hôpital, le 26 avril, pour des phénomènes typhoïdes. Température 38°.

Le 16 mai, aggravation brusque. Température 39° 7. Les phénomènes déjà observés s'accroissent; la douleur de la fosse iliaque augmente d'intensité, les vomissements bilieux deviennent plus fréquents, la flexion du membre inférieur droit sur l'abdomen, déjà remarquée, s'accroît.

Applications froides. Sangsues. Amélioration.

Le 25 mai les écarts entre la température du matin et celle du soir se rapprochent de 3°. Etat général mauvais.

Le 2 juin, œdème de la paroi abdominale.

Le 4 juin, incision de 3 à 4 cent. à un travers de doigt au dessus de l'arcade crurale. Gaz et pus noirâtre fétide. Drainage et lavages boriqués. Rapide amélioration. Ecoulement de pus abondant. Lavages phéniqués et boriqués.

Le 12 juin, recrudescence des phénomènes fébriles.

Le 14 juin, large débridement de la plaie ; nouvelle amélioration

Le 19 juin, début du psoïtis du côté gauche. Fin juin température à grandes oscillations, œdème de la paroi. Le côté droit continue à donner du pus.

Le 6 juillet incision de 6 cent. parallèle à l'arcade crurale. Evacuation d'un flot de pus sous pression. Lavages et drainage. L'écoulement diminue à droite. Amélioration.

Le 8 juillet, frisson violent se reproduisant les jours suivants. Etat général très mauvais.

Le 21, gonflement œdémateux du membre inférieur gauche. Débridement de la plaie de ce côté.

Mort le 31 juillet.

Autopsie. — Les deux psoas sont détruits. A gauche : clapier purulent comprimant les vaisseaux iliaques. A droite, le pus s'écoule directement sans clapier au dehors.

La communication qui paraissait exister pendant la vie entre les deux foyers purulents n'est pas retrouvée à l'autopsie.

OBSERVATION II

(Résumée.)

(M. le Prof. agrégé GANGOLPHE, chirurgien des Hôpitaux de Lyon.
Th. Couraud. Lyon 1894).

PSOITE SUPPURÉE ET ALBUMINURIE. — INCISION DE 10 CENT.
PARALLÈLE A L'ARCADE CRURALE. — MORT. — AUTOPSIE

Thérèse P. . . , 47 ans, lingère.

Depuis vingt ans constipation habituelle.

Il y a trois semaine elle porta pendant un long trajet une lourde sacoche. Brisée à son retour, elle est forcée de s'aliter 3 ou 4 heure après.

Dans la nuit, douleurs assez vives à la partie externe de la cuisse droite. Le lendemain, flexion de la cuisse sur le bassin, extension très douloureuse. Depuis cette époque la marche est impossible

Etat stationnaire depuis 15 jours. Douleurs assez vives dans la cuisse droite. Couchée sur le côté droit, la cuisse droite fléchie sur le bassin et reposant sur le lit par sa face externe ; la flexion plus prononcée ne provoque pas de douleur, mais plutôt un certain soulagement. L'extension provoque une douleur vive au niveau du pli inguinal. Dans le décubitus dorsal ; membre inférieur en légère abduction.

Abdomen volumineux, douloureux surtout à droite. A la palpation, au-dessus de l'arcade de Fallope et parallèlement à elle ; tumeur dure, allongée, douloureuse dont la fluctuation est difficilement perçue. La pression du petit trochanter n'est pas douloureuse.

Cœur : quelques irrégularités.

Urines : disque d'albumine ayant environ un centimètre de hauteur (5 août 1890).

9 août. — Incision de 8 à 10 centimètres sur la tumeur parallèlement à l'arcade de Fallope. Il s'écoule près d'un litre de pus jaunâtre, grumeleux d'odeur fade et nauséuse. Le doigt introduit dans la plaie pénètre dans une poche manifestement formée aux dépens du psoas iliaque.

Pendant six mois, suppuration très abondante et excessivement fétide, sans issue de gaz ni de matières par la plaie opératoire. Cachexie progressive.

L'état général ne permet pas d'intervention sérieuse. Mort six mois après l'opération.

Autopsie. — Destruction du psoas dans toute sa partie supérieure. Appendice perforé.

OBSERVATION III

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Médecin Major RUOTTE.)

PSOÏTIS TRAUMATIQUE. — GRANDE INCISION PARALLÈLE A LA
CRÊTE ILIAQUE. — GUÉRISON.

Arabe d'une vingtaine d'années apporté à l'infirmerie de Barika le 5 septembre 1892.

Cet homme est tombé avec son cheval, il y a environ deux mois, se contusionnant violemment le flanc droit sur le pommeau de sa selle. Il ressentit dans la fosse iliaque une douleur très vive. Bientôt dans l'impossibilité de marcher, il vit se développer une tuméfaction dans le côté droit de l'abdomen en même temps qu'il était en proie à une fièvre intense. Douleur et fièvre ne faisant qu'augmenter, il vient nous demander nos soins.

Examen. — Température axillaire, 39° 8 (8 heures du matin). Pouls à 124, petit dépressible. La cuisse droite est dans la flexion, l'abduction et la rotation en dehors. Sitôt qu'on lui imprime le moindre mouvement pour la ramener à sa position normale on provoque une douleur atroce. Dans la fosse iliaque interne on sent une tuméfaction excessivement sensible à la moindre pression, ne paraissant pas dépasser en bas l'arcade crurale, mais remontant très haut dans le flanc, on perçoit une fluctuation évidente, malgré la difficulté de la palpation causée par la douleur.

Diagnostic : Psoïtis suppuré.

Traitement : injection de morphine de un centigramme pour suppléer au manque d'anesthésie, puis ponction avec l'appareil Dieulafoy. Le trocart restant en place, après avoir retiré environ une demi seringue de pus, nous pratiquons rapidement une incision cutanée de 10 à 12 centimètres, commençant au-dessus de l'arcade crurale et se portant en arrière parallèlement à la crête iliaque. Une syncope étant survenue, nous profitons de cet instant d'insensibilité pour

inciser les muscles et ouvrir largement la collection. Il sort près d'un litre de pus. Irrigation avec plusieurs litres de la solution de sublimé au 1/000 très chaude, puis drainage avec deux gros tubes très profonds, le reste de la poche est comblé avec de la gaze iodoformée.

Chute de tous les symptômes généraux ; pansements et lavages journaliers pendant un mois, puis deux fois par semaine. Le malade retourne chez lui avec une petite fistule.

Guérison complète le 1^{er} décembre. La cuisse, qui avait gardé un léger degré de flexion sur le bassin, avait repris sa situation normale, les mouvements avaient recupéré leur amplitude. Pas de claudication.

OBSERVATION IV

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le médecin-major RUOTTE.

PSOITIS SUPPURÉ D'ORIGINE GRIPPALE — GRANDE INCISION PARALLÈLE A LA CRÊTE ILIAQUE — GUÉRISON

B..., Jeune soldat du 44^e de ligne en garnison à Salins (Jura), se présente à la visite le 10 février 1895 pour de violentes douleurs dans l'oreille droite, douleurs qui durent depuis la veille et l'ont absolument empêché de dormir ; il attribue ces douleurs au froid excessif qui règne en ce moment au fort où il est caserné (Le thermomètre a marqué — 27° ces jours derniers). Température 39° 2, pouls, 120, ample, vibrant.

A l'examen otoscopique nous constatons une vive injection de la membrane du tympan autour du manche du marteau ; le triangle apparaît moins lumineux que de coutume. Nous envoyons ce malade d'urgence à l'hôpital où nous lui pratiquons des lavages boriqués de l'oreille. L'après-midi, nouvel examen pour chercher si la paracentèse du tympan est indiquée ; ne voyant rien qui nous indique la présence du pus, nous remettons notre décision au lendemain. Dans la nuit le tympan se perfore, il s'écoule du pus et tous les symptômes

cessent ; nous reconnaissons une très petite perforation en avant du manche du marteau.

Des lavages antiseptiques journaliers amènent une grande amélioration.

5 mars. — Après la visite du matin on nous rappelle près de ce malade qui se plaint de vives douleurs dans l'abdomen, douleurs plus prononcées à droite, sans localisation bien précise ; il a de fréquentes envies d'aller à la selle sans aucun résultat, mais il rend des gaz ; l'abdomen n'est pas ballonné.

Prescription : 25 grammes d'huile de ricin.

6 mars. — Température matin 38° soir 38,3, pouls 90. La douleur, toujours vive, se localise dans le flanc droit qui devient sensible à la pression ; on ne peut cependant y déceler le moindre empâtement. Le malade va à la selle le matin.

7 mars. — L'état est le même que la veille, la palpation toujours négative. L'idée qui se présente à l'esprit est celle d'une appendicite. Le malade a encore une selle dans la journée.

8 mars. — Tout semble rentrer dans l'ordre.

10 mars. — Température : matin 38°5 soir 39° ; une bronchite intense se déclare avec des symptômes généraux qui font diagnostiquer une grippe bien accusée.

21 mars. — Température : matin 38°4 soir 39°2. Bronchite généralisée, toux opiniâtre et douleurs très intenses réapparues dans le flanc droit.

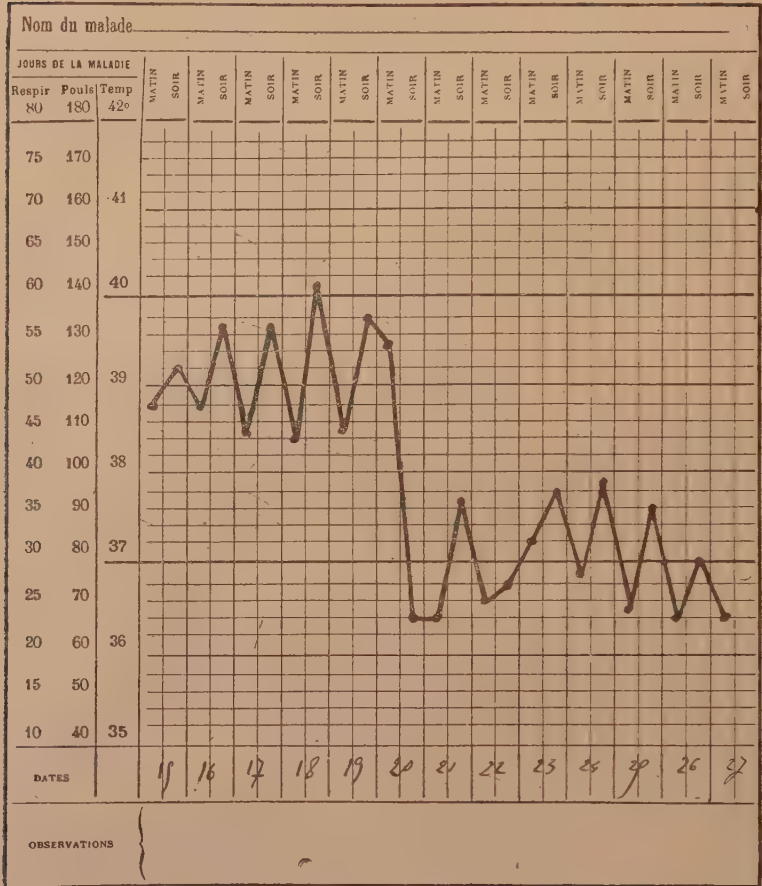
12 mars. — Température : 38°5, 39°2, Même état. Douleurs dans le flanc de plus en plus vives.

13 mars. — Température : 38°2, 39°. Etat stationnaire. Douleurs toujours vives. Le malade a une selle.

14 mars. — Température : 38°7, 39°1. On perçoit très profondément un empâtement vague dans la fosse iliaque droite ; le malade accuse des douleurs vives le long du nerf crural jusqu'au genou.

15 mars. — Température : 38°9, 39°2. L'empâtement est un peu plus net. Le malade dit que sa jambe devient raide.

16 mars. — Température: 38°8, 39°2. La cuisse commence à se placer en flexion et en rotation en dehors; la tuméfaction devient plus nette; avec M. le Dr Compagnon, de Salins, qui voit le malade avec nous, nous diagnostiquons un début de psoritis.



17 mars. — Température: 38°6. 39°7, Même état.

18 mars. — Température: 38°4. 40°. On peut délimiter ainsi la tuméfaction; en bas elle occupe toute la fosse iliaque

jusqu'à l'arcade crurale qu'elle ne semble pas dépasser; en dehors elle est séparée de la ligne médiane par une zone sonore de trois travers de doigt et, en haut une zone sonore de même étendue la sépare de la matité hépatique; en arrière, tout le flanc semble empâté; on ne peut percevoir de fluctuation à cause de la contracture des muscles abdominaux, mais il n'y a plus aucun doute sur l'existence du pus. La cuisse est fortement fléchie et tournée en dehors. Le malade attire, en outre, notre attention sur une douleur vive au niveau du genou droit où nous reconnaissons une inflammation aigue de la bourse prérotulienne.

Nous ne pouvons, pour des circonstances indépendantes de notre volonté, intervenir que le 20 mars.

20 mars. — Température le matin 39°5. Le malade est anesthésié par M. le Docteur Germain, médecin de l'hôpital, et nous sommes aidés par M. le Dr Compagnon.

Les précautions antiseptiques prises, nous pratiquons une longue incision correspondant presque au niveau du milieu de l'arcade crurale et à 1 centimètre au dessus pour se continuer en arrière et en dehors parallèlement à la crête iliaque cette incision a exactement 18 cent. de longueur; arrivé, dans la profondeur, le doigt crève la poche et le pus jaillit avec assez de force. La collection purulente, de plus d'un litre, est ouverte dans toute l'étendue de l'incision cutanée, et le doigt reconnaît une destruction presque totale du muscle psoas iliaque; le pus a déjà dépassé l'arcade crurale.

Nulle part on ne trouve de dénudation osseuse. Après lavages abondants au sublimé, nous plaçons deux longs drains, l'un allant en arrière jusqu'aux insertions supérieures du psoas, l'autre s'engageant sous l'arcade crurale; ces drains sont conduits au dehors par la partie postérieure de l'incision qui est suturée dans tout le reste de son étendue par des crins de Florence prenant à la fois la peau et les couches musculaires. Pansement à la gaze iodoformée et à l'ouate très serré. La cuisse est étendue. Nous incisons de suite l'hygroma suppuré du genou droit.

Température le soir, 36° 4.

Suites absolument simples; la fièvre est tombée pour ne plus se relever et l'état général s'améliore rapidement.

Le pansement est refait tous les jours, et l'on pratique de grandes irrigations au sublimé.

26 mars.— Nous enlevons une partie des fils de la suture.

29 mars.— Les autres fils sont enlevés, la réunion est complète dans toute l'étendue de la suture.

La suppuration est très modérée. La bronchite est terminée et l'oreille ne coule plus.

30 mars. — Nous supprimons un des tubes, le malade se lève dans la journée.

15 avril.— L'état général ne laisse plus rien à désirer, mais il persiste toujours une fistule par laquelle pénètre un tube de 10 centimètres.

Nous pratiquons des injections de chlorure de zinc à 1/10. La suppuration est presque nulle, mais la fistule persiste toujours.

1^{er} mai. — En explorant la fistule, on reconnaît qu'elle ne s'enfonce pas vers la profondeur, mais qu'elle se dirige parallèlement à la ligne d'incision au-dessous des plans réunis de la paroi abdominale.

Nous ne laissons qu'un tube de 2 centimètres pour maintenir l'orifice béant, puis nous immobilisons le malade au lit d'une façon absolue et faisons au niveau de la fistule une compression excessivement énergique avec de l'ouate.

15 mai. — Après 15 jours, les choses étant dans le même état et la fistule semblant devoir persister indéfiniment, nous décidons d'agir contre elle.

19 mai. — Après anesthésie, nous introduisons une sonde cannelée dans la fistule et incisons tous les tissus situés au-dessus en suivant exactement la première cicatrice qui doit être sectionnée dans presque toute son étendue. La fistule se terminait à peu près au niveau de l'arcade crurale et l'énorme

plaie qui résulte de cette dernière intervention est complètement bourrée de gaze iodoformée.

Premier pansement au bout de 10 jours, la plaie bourgeonne fortement. Elle se comble peu à peu et la cicatrice est complète au bout de 2 mois. Mais comme notre incision n'était guère qu'à un centimètre au-dessus de la crête iliaque, la peau s'était rétractée au-dessous de cette crête qui ne fut recouverte que par le tissu de cicatrice, circonstance tout à fait désavantageuse qui doit certainement la prédisposer à l'ulcération sous l'influence des frottements dus aux vêtements. Cependant nous n'avons pas relevé la moindre trace d'excoriation tant que le malade fut soumis à notre observation.

Il fut réformé le 4 août, surtout à cause de cette cicatrice rendant impossible le port du ceinturon. Il ne présentait pas trace de claudication.

OBSERVATION V

(Inédite. Résumée.)

(Due à l'obligeance de M. le professeur LE DENTU.)

PSOITIS SUPPURÉ D'ORIGINE PUERPÉRALE. — LONGUE INCISION PARALLÈLE A LA CRÊTE ILIAQUE. — GUÉRISON.

Mad..., X..., femme de 30 ans environ, entre à l'hôpital Necker le 21 avril 1896.

Cette malade a accouché à la Maternité deux mois auparavant. A la suite de cet accouchement, elle a présenté de la fièvre pendant trois semaines environ, fièvre que l'on peut attribuer très probablement à de l'infection utérine. Vers la fin de ces trois semaines seulement se manifestèrent, au niveau de la fosse iliaque droite, des douleurs qui, depuis, n'ont fait qu'augmenter.

La malade s'offre donc à notre examen deux mois après le début des accidents.

Au premier abord on constate que la cuisse droite est fléchie à 90° environ sur le bassin, qu'elle est en adduction plutôt qu'en abduction ; les essais d'extension du membre provoquent de vives douleurs.

A la palpation, on reconnaît dans la fosse iliaque une tuméfaction qui se prolonge vers le haut sans qu'on puisse la délimiter exactement dans cette direction. Sa consistance est ferme, égale, sans aucun point fluctuant. En descendant vers la cuisse, on trouve un point très douloureux à la pression au-dessous et en dedans du niveau de la tête fémorale.

Le toucher vaginal n'indique rien d'anormal du côté de l'utérus et des annexes.

La température s'élève le soir à 39° ou 39° 5.

Le diagnostic de psoïtis aigu d'origine puerpérale n'est pas douteux ; l'intervention est décidée,

Opération.— Après anesthésie, on pratique une longue incision suivant la crête iliaque et la partie externe du ligament de Poupert. On tombe sur un foyer à parois très épaisses et très dures qui occupe, comme il est facile de s'en rendre compte après ouverture, l'épaisseur du muscle psoas iliaque.

Deux gros drains sont placés l'un du côté des insertions supérieures, l'autre du côté des insertions inférieures du psoas.

Guérison complète

OBSERVATION VI

(Inédite, Résumée).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur LE DENTU)

Psoitis suppuré primitif. — Incision parallèle à la crête iliaque. — Guérison.

Mlle X..., jeune fille de 20 ans, appartenant à une excellente famille, se présente pour la première fois à mon examen le 15 juin 1896. Elle a commencé à maigrir six mois auparavant. Depuis quelques jours elle présente une fièvre assez intense à exaspération vespérale (39° à 39° 5 le soir, 38° à 38° 5 le matin)

L'aspect est typhoïde, la langue sèche, l'inappétence et l'insomnie complètes.

Un examen plus approfondi permet de constater, dans la région lombaire, à droite de la colonne vertébrale, un léger soulèvement en même temps qu'un peu de sensibilité profonde et d'hyperesthésie.

Au niveau de la fosse iliaque on ne trouve rien de net en fait d'empâtement et, cependant, la malade, très amaigrie, est facile à examiner. Elle présente pourtant un peu de contracture des muscles abdominaux.

La cuisse, de façon intermittente, tend à se fléchir sur le bassin.

Le même état général se prolonge longtemps sans qu'aucune modification nette se produise dans l'état local. L'amaigrissement s'accroît graduellement; la langue est très sèche, fuligineuse; l'inappétence complète; les muscles sont agités de tremblements fibrillaires. La malade, très affaissée, présente une température variant entre 38° et 39° 5, quelques abaissements momentanés de la courbe étant mis à part. La cuisse, de temps à autre, se fléchit un peu sur le bassin, mais l'extension volontaire du membre reste toujours possible.

Six semaines se sont écoulées depuis le début des accidents, lorsque je perçois, à la partie supéro-externe de la fosse

iliaque interne, quelque résistance à la palpation. A mon premier examen j'avais annoncé une suppuration en préparation; je m'étonnai, par la suite, que l'évidence de cette suppuration n'éclatât point plus tôt et j'hésitais entre un abcès péri-néphrétique et un psoïtis; ce fut cette seconde hypothèse qui se confirma.

Le 27 juillet 1896, l'intervention est pratiquée. L'incision, parallèle à la crête iliaque, ouvre un foyer situé à 3 ou 4 centimètres de profondeur entouré de parois très épaisses et très indurées. Ce foyer remontait vers la partie interne de la fosse lombaire dans la direction du muscle psoas, et se prolongeait en bas vers l'arcade de Fallope sans faire, du côté de la cavité péritonéale, une saillie notablement plus marquée qu'un muscle iliaque normal. Ce foyer renfermait du pus fétide, des gaz et des détritits de tissus mortifiés. Il était situé, sans le moindre doute possible, dans l'épaisseur du muscle iliaque, mais le siège primitif de la suppuration avait dû être le psoas proprement dit dans sa partie la plus élevée. Le doigt introduit dans le foyer, se trouve en contact direct avec l'os iliaque recouvert d'une mince couche de tissus.

Un mois après l'opération, la malade était entièrement guérie et, depuis lors, sa santé générale est restée excellente.

Il m'a été impossible de préciser le point de départ et la cause de cette infection.

OBSERVATION VII

(résumée.)

(LIBOUROUX. *Arch. provinciales de Chirurgie*, 1892, n° 3.)

PSOÏTIS, — DOUBLE INCISION. — GUÉRISON.

Malade âgé de 28 ans. Psoïtis suppuré.

28 novembre 1891. — Incision au dessous de l'arcade de Fallope; il s'écoule un flot de pus fétide. Un drain, placé dans le canal iliaque, remonte à 20 cent. Amélioration.

4 décembre. — Deuxième intervention, ouverture de la fosse

iliaque interne, pendant laquelle le péritoine est ouvert; nouvelle amélioration.

28 janvier 1892. — La fièvre remonte, pas d'œdème, fluctuation profonde, obscure, au dessus de la crête iliaque. Troisième intervention. Incision parallèle à la crête iliaque et à 1 cent. au dessus. Drainage.

5 février. — La suppuration est presque nulle en arrière et elle a fortement diminué en avant.

27 février. — Cisarisation à peu près complète.

OBSERVATION VIII

(Inédite, résumée.)

(DUE A L'OBLIGEANCE DE M. LE PROFESSEUR LE DENTU)

PSOITIS SUPPURÉ. — DOUBLE INCISION. — GUÉRISON.

Mme G..., 24 ans, couturière, entre à l'Hôpital Necker le 8 mars 1898.

Accouchée il y a deux mois et demi, l'accouchement a eu des suites normales; elle n'a présenté, dans les jours qui ont suivi, ni fièvre, ni douleurs; au 8^e jour elle a repris le cours de ses occupations.

Au 15^e jour environ après l'accouchement, des douleurs se manifestent dans le côté droit du bas-ventre; d'abord peu intenses, elles vont graduellement augmentant. Un mois après le début des accidents, la malade doit prendre le lit, en proie à une fièvre vive, entrecoupée de frissons. Jamais elle n'a présenté de pertes vaginales, ni sanguines, ni leucorrhéiques.

A son entrée, on est frappé par la coloration bronzée de la peau du bas-ventre du côté droit; une tuméfaction nette se dessine le long de la crête iliaque, semblant se prolonger mais de façon moins accusée, au niveau de la fosse iliaque interne. La palpation décèle dans cette fosse un empatement profond. On ne constate aucune lésion du côté du petit bassin; le toucher vaginal ne donne que des résultats négatifs.

La douleur, d'abord localisée dans l'aîne, est remontée dans la fosse iliaque ; à ce moment, la cuisse a commencé à se fléchir. Cette douleur s'exaspère par la pression et les mouvements. La cuisse est fléchie à 10° seulement sur le bassin ; elle est en abduction et rotation en dehors. Point douloureux également au niveau du petit trochanter.

La température s'élève, le soir, à 39° 5 environ. Le pouls bat à 130.

L'appareil respiratoire, le cœur, ne présentent aucun signe de lésion.

Vendredi 11 mars. — Anesthésie à l'éther. On pratique une première incision, longue de 7 à 8 centimètres en dedans de l'épine iliaque antéro supérieure. Le pus s'écoule en quantité considérable. Une deuxième incision, longue de 6 à 8 centimètres, est pratiquée le long de la partie postérieure de la crête iliaque. Deux gros tubes assurent le drainage. La cuisse est mise facilement en extension. Extension continue douce.

15 avril. — Guérison complète sans incident.

OBSERVATION IX

(M. GANGOLPHE — TH. COURAUD, Lyon 1894.)

PSOITIS — TROIS INCISIONS — GUÉRISON

R..., homme de 35 ans environ, ayant déjà souffert antérieurement de poussées d'appendicite.

Le 10 septembre 1888, apparition d'une douleur vive dans le flanc droit; en même temps, frissons, quelques nausées. Les douleurs abdominales et l'état général vont s'aggravant. Le 15 septembre, la cuisse droite se met en flexion marquée.

Le malade est vu, le 20 septembre, par M. Gangolphe. Il lui est présenté comme étant atteint de pérityphlité. Etat général très mauvais, frissons, nausées, pas de vomissements ni de ballonnement du ventre. Cuisse droite fléchie, extension très douloureuse. Douleur spontanée dans le flanc droit, tuméfaction au-dessus et au-dessous de l'arcade crurale ; flux-

tuation évidente dans la fosse iliaque droite. Tuméfaction et douleur à la pression, très marquée, en arrière de la cuisse, au niveau du petit trochanter. L'intervention est décidée pour le 21 septembre.

21 septembre. — Le malade, très affaibli, prend une syncope au moment de l'anesthésie. Anesthésie superficielle à l'éther. Une incision de 8 à 10 centimètres, parallèle à l'arcade, donne issue à un flot de pus fétide et roussâtre. Le doigt permettait de reconnaître la destruction presque complète du psoas jusqu'à l'os. Le doigt plongé de haut en bas sous l'arcade servant de guide, une incision verticale de 6 centimètres est pratiquée sur la face antérieure de la cuisse parallèlement aux vaisseaux et en dehors de l'artère. Par cette dernière incision, une sonde cannelée est introduite, et on la fait saillir en arrière du côté du petit trochanter ; incision de 4 à 5 centimètres suivant la cannelure. Deux gros drains en canon de fusil sont placés dans l'incision sus-crurale ; deux drains de moindre volume traversent la cuisse de part en part. Lavage à l'eau bouillie, pansement iodoformé.

Amélioration progressive après l'intervention. Pendant la première semaine, pansement tous les jours. Par la plaie, sécrétion très abondante, un peu rosée, toujours fétide. A partir de la deuxième semaine, pansement tous les deux jours.

Vers le milieu de novembre, l'amélioration est considérable, le malade mange mieux ; cependant, la suppuration est toujours abondante, d'aspect séreux. Le malade se plaignant de troubles gastriques, on administre de la poudre de charbon que l'on retrouve le lendemain dans le pansement, ce qui donne l'explication de la persistance du trajet fistuleux, qui n'avait jamais donné issue ni à des gaz ni à des matières.

A la fin de novembre, les drains de l'incision sus-crurale sont enlevés. A deux ou trois reprises, dilatation digitale ou avec le dilatateur gouttière de L. Tripier.

L'écoulement devient ensuite moins abondant, séreux. En mars 1889, la suppuration s'était tarie, la fistule oblitérée.

Actuellement, la guérison est complète, et le membre inférieur droit a recouvré l'intégrité de ses fonctions.

OBSERVATION X

(M. GANGOLPHE, *in* Th. Couraud.)

PSOITIS. — 3 INCISIONS. — GUÉRISON.

S..., homme de 30 ans.

Plusieurs poussées d'appendicite en mai, puis en juin 1893. Chaque fois, guérison par le traitement médical : pointes de feu, purgatifs légers.

Le 10 octobre, apparition d'une douleur vive dans la fosse iliaque, empâtement au niveau du cœcum, } ballonnement du ventre, état général grave. Le 12 octobre, le malade entre à l'hôpital Saint-Pothin.

A ce moment : légère flexion de la cuisse droite, tuméfaction profonde, sans fluctuation ni œdème, dans la fosse iliaque. Douleurs vives à ce niveau et dans la région sous inguinale, douleurs à la pression au niveau du petit trochanter.

Intervention le 20 octobre. Une incision est pratiquée au-dessus de l'arcade, parallèlement à elle ; une autre verticalement sur la face antérieure de la cuisse en dehors de l'artère ; une troisième en arrière, au niveau du petit trochanter. Issue d'une grande quantité de pus. Le psoas est le siège d'une infiltration purulente assez étendue. Drainage comme dans l'observation précédente.

Amélioration après l'intervention. Suppuration abondante, roussâtre, ne renfermant ni gaz ni matières fécales. La cuisse, au bout d'un mois, se met en extension. On diminue le calibre des drains ; mais, par suite de la rétention, les accidents aigus reparaissent : douleur, cuisse en flexion légère, légers accès fébriles. De temps à autre, dilatation de l'orifice fistuleux avec les doigts ou avec le dilateur gouttière de L. Tripiier. En introduisant le doigt dans le trajet, on s'aperçoit qu'il est sinueux, que les parois en sont lisses. Il a une

longueur de 16 centimètres. Lavage à l'eau bouillie. Quelques injections au baume du Pérou.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu en mars 1894. Ecoulement purulent toujours abondant, renfermant de la bile, d'une fétidité considérable ne disparaissant pas malgré les lavages. Dilatation permanente avec tiges de laminaire perforées.

Le trajet se ferme peu à peu. Le malade est guéri à la fin d'avril.

Actuellement, les fonctions du membre inférieur droit sont intactes, pas de claudication.

OBSERVATION XI

(M. GANGOLPHE. — In *Rev. de Chirurg.* — 1889.)

PSOÏTE. — TRÉPANATION. — MORT. — AUTOPSIE

Le nommé Bonn... Pierre, âgé de 63 ans, manœuvre, est entré le 19 juillet 1886 à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Eucher, n° 15. Les commémoratifs recueillis à son entrée sont les suivants : la mère est morte en couches ; deux frères, dont l'un est mort accidentellement, l'autre a succombé à de l'ascite.

Il a eu trois enfants : deux sont en bonne santé, l'autre est mort du typhus à Mayence pendant la guerre. Bonne santé habituelle jusqu'à l'année dernière. A cette époque, le fils du malade eut la fièvre typhoïde et, quelques jours après sa guérison, le père la prit lui-même (septembre 1885) ; il y a donc six mois. Convalescent à la fin du mois d'octobre, il fut atteint d'une phlébite du membre inférieur droit, qui dura cinq semaines. Depuis, il ne conservait plus qu'un peu de faiblesse de ce membre, et il avait pu reprendre son travail.

Il y a trois semaines, le malade commença à souffrir dans l'aîne droite ; les douleurs étaient augmentées par la pression et par les mouvements. L'extension forcée de la cuisse sur le bassin était particulièrement douloureuse. Peu à peu, la

douleur et l'impotence continuant à augmenter, le malade se présenta à l'hôpital et fut admis dans un service de médecine avec le diagnostic provisoire de névralgie du nerf crural. Un examen plus approfondi conduisit au diagnostic exact, et l'on fit passer le malade dans la salle Saint-Eucher.

A son arrivée dans le service, on constate chez ce malade un état général assez mauvais, de la fièvre (T. 39° le soir), l'impossibilité de l'extension de la cuisse droite sur le bassin.

La pression dans la fosse iliaque droite détermine de vives douleurs et révèle un empâtement profond dans cette région. La paroi abdominale, au niveau de la fosse iliaque droite, est oedémateuse et légèrement indurée, jusqu'à deux travers de doigts au-dessus de l'arcade crurale, sous forme d'un bourrelet oblique parallèle à l'arcade. Oedème du pied droit et du scrotum.

Le malade se plaint de transpirer pendant la nuit ; diarrhée assez abondante depuis quelques jours, pas de frissons malgré la température élevée du soir (39° à 40°). Tel était l'état du malade au moment où je pris le service le 29 juillet. Je me décidai aussitôt à pratiquer une ponction exploratrice et évacuatrice à la fois ; bien que la fluctuation fût très peu nette, la ponction est faite avec un gros trocart de l'appareil Potain, dans la fosse iliaque droite, un peu en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, bien en dehors par conséquent de la zone dangereuse. On retire par l'aspiration environ 300 grammes de pus lié non grumeleux.

Le malade a été amélioré par la ponction ; il souffre moins ; la température qui était de 40° la veille est tombée à 38° (Température rectale le soir, 38° 4).

Cependant la cuisse est toujours dans la flexion et l'adduction.

31 juillet. — T. R. matin 38°, soir 38° 6. Même état.

1^{er} août. — T. R. matin 38° 6, soir 40° 2. Augmentation de tous les symptômes.

2 août. — La température tendant à remonter, et bien convaincu de l'impossibilité d'obtenir quelques résultats sans une large ouverture du foyer pathologique, je me décidai à intervenir. On se demandera sans doute pourquoi je n'ai pas pris cette décision immédiatement après le résultat de la ponction ? C'est à cause de la chute brusque de la température qui, la veille, était de 40°, de l'amélioration momentanée de l'état du malade.

Persuadé de l'utilité d'une trépanation iliaque, je tenais, d'autre part, à vérifier sur le cadavre l'exactitude de mon opinion et à régler de mon mieux le manuel opératoire. Un examen rapide de deux squelettes montés m'apprit que, dans le décubitus horizontal, le point le plus déclive de la fosse iliaque interne était situé à peu près à trois travers de doigt (9 centimètres à 9 centimètres $1/2$) de l'épine iliaque antéro-supérieure, sur le trajet d'une ligne droite, qui, partant de ce point, se dirigeant en arrière, irait rencontrer la partie la plus élevée de l'épine iliaque postéro-supérieure. Cette partie de l'os des îles est remarquable par sa minceur et se trouve limitée en arrière par la crête rugueuse qui sépare les insertions du moyen fessier de celles du petit fessier.

Le 31 juillet, je pratiquai sur un cadavre la trépanation du bassin. La facilité du manuel opératoire, la certitude de son innocuité, mises en regard des immenses avantages que l'on pouvait retirer d'un drainage parfait, légitimèrent à mes yeux une telle intervention.

Comme il fallait s'y attendre, la température remonta à 40°2, en même temps que l'état général demeurait si mauvais qu'une issue fatale pouvait se produire à brève échéance. Le malade fut transporté à la salle d'opération et, après une anesthésie sommaire, on commença l'opération.

Opération. — Une incision parallèle au bord supérieur de l'arcade crurale fut commencée à environ un centimètre au-dessus et en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, et conduite jusqu'à la partie moyenne de l'arcade crurale.

La peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose du

grand oblique sont sectionnés et les bords inférieurs des muscles petit oblique et transverse relevés par en haut. L'exploration faite avec la sonde cannelée au voisinage de l'épine iliaque, loin des vaisseaux et du côté de la face interne de l'os iliaque, permet de trouver une couche épaisse de tissu induré et d'arriver enfin dans le foyer purulent.

Rapidement agrandie, l'ouverture donne issue à un jet de pus qui, passant par dessus mon épaule, va inonder un assistant. Pulpeux, lie de vin, il sort en abondance (1 litre environ). Le doigt, introduit dans le bassin, permet de reconnaître la fonte complète du psoas iliaque. Un tampon de gaze iodoformée est placé dans le fond de la plaie, et le sujet est incliné sur le côté gauche.

A trois travers de doigt au-dessous du point le plus élevé de la crête iliaque et à cinq travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure, sur le trajet d'une ligne horizontale, je marque le point de la trépanation. Une incision de 7 à 8 centimètres est faite parallèlement à la direction générale des fibres des fessiers. La peau, le tissu cellulo-grasieux sectionnés, on écarte les fibres à l'aide de la sonde cannelée et du doigt. Une deuxième incision, purement cutanée, perpendiculaire à la première, longue de 5 à 6 centimètres, permet de recliner les deux lèvres de la plaie et de mettre à découvert la face externe de l'os iliaque.

Le périoste, incisé crucialement, est rapidement décollé dans l'étendue d'une pièce de 2 francs. L'os est trépané à l'aide de la gouge et du maillet.

L'index droit, introduit dans le bassin, me servait de guide, pour fixer le point précis de la trépanation. La rondelle osseuse enlevée était d'une extrême minceur, correspondait à ce point de l'os iliaque qui est remarquable par sa transparence. Un gros drain, conduit à travers l'orifice ainsi établi, vient sortir dans la région inguino-crurale. Un lavage abondant permet de s'assurer qu'il fonctionne bien, et permet l'évacuation facile et totale de la fosse iliaque.

Deux autres drains, un peu moins volumineux, sont enga-

gés par l'orifice crural dans la direction du petit bassin ; leur extrémité profonde vient s'engager entre le nerf crural en dehors et en arrière et les vaisseaux que l'on sentait manifestement en avant et en dedans.

Ayant cherché à me rendre compte des rapports de l'articulation coxo-fémorale avec le foyer purulent, il ne me fut pas possible de trouver de diverticule de ce côté. Néanmoins, comme les tissus paraissaient fortement infiltrés, je fis, à trois travers de doigt au-dessous de l'arcade, une contre-ouverture par laquelle on passa un drain aboutissant dans le foyer principal.

Lavages abondants avec la solution boriquée à 40/000.

Quelques points de suture rétrécissent quelque peu l'incision fessière. Pansement antiseptique. Immobilisation des membres inférieurs au moyen de coussins. La gouttière ne paraît pas pouvoir être supportée par le malade. T. R., le soir, 39°.

3 août, — T. R., matin 38°, soir 38°3.

4 août. — T. R., 37°4° le matin. Elle s'est élevée plusieurs fois à 39° le soir. La courbe thermique indique une amélioration certaine. A partir du 10 août, le malade a toujours eu moins de 39° le soir.

18 août. — Le malade a été pansé à peu près chaque jour à cause de l'abondance des sécrétions. Peut-être la diminution de la fièvre peut elle être attribuée à ce que, depuis quelque temps, on fait des injections antiseptiques de plus en plus fortes. Au début, nous nous servions de sublimé à 1 p. 1000., à la fin, nous employons la solution à 2 p. 1000. Malheureusement, l'état général s'aggrave ; perte de l'appétit, petits frissons. La diarrhée persiste, ainsi que l'œdème du scrotum, du pied droit et la flexion de la cuisse sur le bassin.

21 août. — La cachexie se prononce de plus en plus et le malade succombe après avoir présenté une apyrexie complète depuis plusieurs jours (T. R. matin 37°5, soir, 38°3). Il y avait un commencement d'escharre au niveau du sacrum.

Autopsie. — L'autopsie est faite trente heures après la mort.

On ouvre sur une sonde cannelée le trajet du drain crural; en avant des muscles pectiné et obturateur externe existent quelques petites collections purulentes disséminées çà et là. En incisant plus loin du côté de l'articulation, à travers des tissus infiltrés, on constate l'envahissement de la jointure. La capsule est détruite en avant, si bien que la tête peut sortir facilement.

Les cartilages sont lisses, à peu près intacts. Chose curieuse, c'est par un trajet extrêmement fin, situé dans la partie inférieure du psoas iliaque que le foyer articulaire communique avec la collection pelvienne. Sous l'arcade, la veine fémorale contient un long caillot blanchâtre, fibrineux, stratifié. La cavité principale dans laquelle convergent tous les drains, est propre, tapissée par une membrane granuleuse d'aspect rosé et ne contient pas de liquide.

Le péritoine au voisinage du foyer, est épaissi et un peu rougeâtre. Mais il n'y a pas une goutte de liquide dans le petit bassin; pas d'adhérences viscérales.

L'ouverture pratiquée à travers l'os iliaque est entourée de bourgeons et permet très bien le drainage.

En déchirant la paroi postérieure de ce premier et principal foyer, on arrive, par un diverticule en forme de doigt de gant, jusque sous les arcades du diaphragme. Entre le rein et la colonne ce diverticule contient un détritüs purulent. Le psoas n'existe plus; il est transformé en une coque purulente.

La colonne paraît saine; pas de point osseux dénudé.

Le rein et l'uretère, quoique très voisins de ce diverticule putrilagineux, sont absolument sains. Le foie, la rate, de même que le tube digestif sont intacts; l'estomac est très contracté.

Pas de liquide dans les cavités thoraciques. Les autres organes paraissent sains.

OBSERVATION XII

(M. GANGOLPHE, in *Revue de Chir.*, 1889.)

PSOÏTE. — TRÉPANATION D'EMBLÉE DU BASSIN. — GUÉRISON

Ch..., 35 ans, journalier, entre le 3 septembre 1888 à l'Hôtel-Dieu. Habituellement bien portant, ce malade ne possède aucuns antécédents pathologiques autres que ceux qui se rapportent à l'affection actuelle.

Le 13 juillet 1888, après des libations copieuses, il reste couché plusieurs heures sur la terre humide. En se réveillant, il est pris de frissons et de douleurs dans le ventre et dans le pli de l'aîne droite. Accentuation des douleurs qui obligent le malade à s'aliter. Peu à peu, la cuisse droite se met en flexion et abduction légère; les mouvements volontaires ou provoqués sont douloureux.

Petits frissons. A ce moment, un médecin lui ordonne des frictions et lui fait des pointes de feu dans la région fessière. Aggravation des symptômes. Finalement, il entre à l'Hôtel-Dieu.

Opération. — M. Gangolphe constate les signes manifestes d'une psoïte suppurée, et pratique d'emblée la trépanation du bassin à trois travers de doigt au-dessous de la crête iliaque et à 9 centimètres environ de l'épine iliaque antéro-supérieure, c'est à-dire à peu près sur le milieu d'une ligne réunissant les deux épines iliaques supérieures, antérieure et postérieure. Drainage. Les suites furent fort simples. L'état général du sujet s'améliore rapidement. Au bout de quelques jours, il peut se tenir debout et s'appuyer sur le membre malade.

OBSERVATION XIII

(Pr Giuseppe CACCIOPOLI. — Il *Progresso Medico*, 1892.)

PSOÏTE. — TRÉPANATION DU BASSIN (PROCÉDÉ DE M. CONDAMIN). —
GUÉRISON.

Jean B..., âgé de 10 ans, d'Angrî, est amené dans mon service le 8 du mois de février courant.

Né de parents sains, il n'a jamais souffert que de la maladie actuelle. Le début de l'affection remonte à un peu plus d'un mois. Sans cause appréciable, le nommé B... commença à se plaindre d'une douleur dans la fosse iliaque, accompagnée d'une certaine difficulté dans les mouvements de la cuisse correspondante. Il survint une fièvre intense. La douleur alla en augmentant d'intensité et ne resta plus fixe dans la région précitée, mais s'irradia à la paroi abdominale, à la région inguinale, au membre inférieur, et, pendant ce temps, la cuisse se fléchissait jusqu'à se mettre à angle aigu sur le bassin.

Le nommé B... est un garçon bien développé, mais il se trouve dans un état de dénutrition assez grande. Il a la peau et les muqueuses très pâles, couleur de cire.

Dans la fosse iliaque gauche, il a une tuméfaction qui, recouverte par une peau non altérée, a une base large, profonde, avec des limites difficiles à définir; elle est fluctuante. La cuisse, fortement fléchie sur le bassin, ne se prête à aucune sorte de mouvement d'extension provoquée ou spontanée.

Aucun engorgement dans la région inguino-crurale, ni dans la région fessière. Fièvre intense, rémissions coïncidant avec de la sueur. Inappétence, langue sèche, fréquentes débâcles diarrhéiques, mais sans pus.

Aucun autre détail digne d'être mentionné.

Le diagnostic était évident : abcès de la fosse iliaque gauche. La manière dont le pus s'était porté en avant faisait penser que le pus, après avoir repoussé en haut le péritoine,

s'était ramassé dans l'espace sous-péritonéal limité par le fascia transversalis, par le fascia iliaca et l'arcade crurale.

L'origine devait être probablement recherchée dans un des ganglions lymphatiques disposés en chaîne au-devant des vaisseaux iliaques et dans lequel l'infection était arrivée, peut-être, d'une solution de continuité légère et passée inaperçue du membre inférieur. La forte rétraction de la cuisse sur le bassin rappelait la psoïte. Pourtant la rétraction de la cuisse est fréquente chez les enfants, même, quand dans des circonstances semblables, le muscle est étranger au processus suppuratif (Kœnig); et, d'autre part, si tout devait être mis sur le compte de la lésion du psoas, le pus aurait suivi une voie différente. De toutes façons, adéno-phlegmon ou psoïte, l'indication curative était précise : incision large, bon drainage, désinfection assidue et rigoureuse.

Opération. — Le 10 février, après chloroformisation, je pratiquai une incision comme pour la ligature de l'iliaque externe suivant le procédé de Cooper. Une fois la paroi abdominale incisée, je coupai le fascia transversalis et arrivai sur le foyer suppuratif.

Ce foyer étant ouvert et la cavité détergée sous l'irrigation d'une solution de sublimé, on note que le pus a infiltré le muscle psoas iliaque.

Etant donné le volume de l'abcès, la disposition anatomique de son siège et l'infiltration purulente des muscles, le drainage habituel (drain unique ou double mis dans la plaie abdominale) ne paraissait pas pouvoir bien assurer l'écoulement du pus et éviter le danger des infiltrations purulentes.

La trépanation de l'os iliaque trouvait donc sa complète indication. Le nommé B... étant couché avec précaution sur le côté droit, on pratique une incision de 4 centimètres qui, partant un peu au-dessous de la crête iliaque, intercepte le milieu d'une ligne tirée de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine iliaque postéro-supérieure (points de repère de Condamin); et, la ligature de petits vaisseaux étant faite, le périoste est coupé en croix et détaché, et puis, avec un

perforateur Lannelongue, on pratique un trou circulaire, dans l'os, de deux centimètres de diamètre. On introduit une longue pince courbe qui, guidée par deux doigts de la main gauche, introduite dans la plaie abdominale, traverse facilement le muscle et le fascia iliaca, déjà dilacérés et altérés par le processus suppuratif.

Au moyen de la pince, un tube de caoutchouc gros et à parois épaisses est introduit dans la plaie abdominale. Celui-ci, après avoir traversé l'ouverture osseuse, va sortir dans la région fessière. L'irrigation est assurée par la précision du drainage. Le reste de la plaie abdominale est bouché avec de la gaze iodoformée.

Suites. — Durant les premiers jours, la fièvre persista, moins forte cependant qu'avant l'opération. Le pansement et des irrigations appropriées sont faits deux fois par jour. La suppuration va en diminuant graduellement. Deux semaines après, la solution de continuité abdominale s'est tellement rétrécie, que le drain est placé de façon qu'apparaissant à peine dans le fond de la cavité il sorte par la région fessière.

Au 40^e jour il est supprimé définitivement.

A la fin de mars, B... sort de l'hôpital parfaitement guéri. Les mouvements d'extension de la cuisse sont légèrement empêchés, mais rien ne fait douter que la fonction, dans un temps plus ou moins bref, ne récupère de nouveau son ancienne intégrité.

OBSERVATION XIV

(Inédite)

(MM. les médecins majors DU BOURGUET et RUOTTE. — Due à l'obligeance de M. le médecin major RUOTTE).

PSOÏTIS SUPPURÉ. — INCISION ILIAQUE ET TRÉPANATION DE L'OS DES ILES. — MORT PAR COLLAPSUS DEUX HEURES APRÈS L'OPÉRATION

M^{me} Zam..., de Bougie, âgée de 40 ans. Constitution forte. Embonpoint très notable.

Elle est mère de six enfants, dont l'aîné a 18 ans. le der-

nier 5 ans, tous bien portants ; ses couches ont toujours été très faciles, les suites très régulières. Nous sommes appelés auprès d'elle, M. le médecin major du Bourguet et nous, dans les premiers jours d'octobre 1893, par son médecin habituel, M. le docteur Peyrusset qui la soigne depuis quelque temps. Les renseignements de notre confrère sont les suivants :

Les règles de la malade se sont arrêtées il y a 2 mois, et cet arrêt s'accompagna de quelques phénomènes qui auraient pu faire croire à une grossesse : vomissements, douleurs vagues dans l'abdomen. Ces douleurs se localisent bientôt dans le côté gauche du ventre ; la malade s'inquiéta et fit venir son médecin, qui ne constata aucun signe de grossesse, aucune affection des organes génitaux, mais seulement un point douloureux à la palpation profonde, vers le milieu du flanc gauche. Notre premier examen ne faisant rien constater de plus et en raison de la difficulté de l'exploration causée par l'embonpoint, nous décidons un examen sous le chloroforme, lequel est pratiqué le 8 octobre au matin ; ce jour même la malade nous fait remarquer que sa cuisse s'est un peu fléchie et tournée en dehors ; elle y ressent quelques élancements douloureux. L'anesthésie rapidement obtenue et la paroi abdominale totalement relâchée, on perçoit dans la profondeur du flanc gauche une tuméfaction considérable, très dure, appliquée contre la colonne vertébrale comme une coulée de mastic ; sa limite inférieure est à l'arcade crurale ; quant à sa limite supérieure, on ne peut parvenir à l'atteindre. On n'y trouve ni mobilité ni fluctuation. Le toucher bimanuel fait reconnaître l'intégrité des organes pelviens qui sont absolument indépendants de la tumeur à laquelle on ne peut arriver ni par cette voie, ni par le toucher rectal. Les jours suivants, la flexion de la cuisse se prononce, les douleurs deviennent plus vives, et une fièvre de 38° le matin à 39° le soir, accompagnée de frissons et de sueurs s'ajoute aux premiers symptômes. Nous portons le diagnostic de col-

lection purulente, probablement dans le muscle psoas iliaque et décidons d'intervenir.

Opération. — 16 octobre 1893. Ce jour-là, les signes ne laissent plus aucun doute sur l'existence d'un psoitis aigu.

L'anesthésie, confiée à M. le docteur Peyrusset, est beaucoup moins facile et moins rapide que la première fois, la malade étant très frappée de l'idée d'une intervention. Toutes les précautions antiseptiques prises, une incision est pratiquée, partant d'un point situé au-dessus de l'arcade crurale, à quelques centimètres en dedans de l'épine antéro-supérieure, pour se porter en arrière parallèlement à la crête iliaque sur une étendue de 10 à 12 centimètres. Les muscles incisés, on arrive rapidement sur une collection purulente contenant bien un litre de liquide qui jaillit avec force au moment de l'ouverture de la poche; celle-ci vidée, nous reconnaissons une destruction totale du muscle psoas iliaque sans aucun point de dénudation osseuse. La cavité est tellement anfractueuse que nous jugeons l'incision insuffisante pour un drainage complet et nous décidons, séance tenante, la trépanation de l'os iliaque. Nous adoptons le procédé que venait de décrire Condamin dans les *Archives provinciales de Chirurgie*.

Contre notre attente, cette perforation, pratiquée au ciseau et au maillet, fut excessivement pénible et nous demanda un temps que nous évaluons bien à une demi-heure. Nous parvenons, néanmoins, à pratiquer une ouverture laissant passer facilement l'index et nous sommes étonné de l'épaisseur du bassin à ce niveau. Après une grande irrigation au sublimé à 1/1000 très chaud, nous plaçons deux gros tubes allant jusqu'au fond de la poche et sortant, l'un par l'incision iliaque, l'autre par la perforation osseuse. Pansement à la gaze iodoformée et à l'ouate, très serré.

La malade se réveille difficilement, cependant elle reprend peu à peu ses sens; elle se plaint de vives douleurs dans la jambe gauche. Nous pratiquons une piqûre d'éther et ne nous éloignons que quand elle est complètement réveillée.

Cet état ne dure pas. La malade a des tendances à la syncope, tombe dans le collapsus et meurt presque subitement deux heures environ après l'intervention, malgré tous les efforts tentés pour la rappeler à elle. Il n'y avait pas eu, pour ainsi dire, de perte de sang pendant l'intervention, nous n'avions pas eu un seul vaisseau à lier ; il n'y eut pas d'hémorragie après, le pansement était sec. D'autre part, le cœur, examiné à plusieurs reprises avant l'intervention, ne présentait aucun signe de lésion.

Bien que l'autopsie n'ait pu être pratiquée, nous ne pouvons guère incriminer, comme cause de la mort, que la longueur de la chloroformisation.

CHAPITRE IV

Critique des différents procédés

Tels sont les faits, les uns inédits, les autres déjà connus que nous avons pu réunir ; le moment est venu de les apprécier, de les discuter, et d'édifier si possible, sur cette base, une conviction ferme et raisonnée.

Tout d'abord, nous laisserons de côté le procédé employé par M. le Médecin-Major Gleize (obs. 1).

Les incisions étaient évidemment trop petites pour assurer le complet écoulement du pus ; la température, qui s'était d'abord abaissée, n'a pas tardé à s'élever de nouveau ; des débridements secondaires ont été jugés nécessaires.

L'incision pratiquée par M. Gangolphe, décrite dans notre deuxième observation ne nous paraît pas devoir être conservée comme procédé de choix. Voici quelle est à ce sujet l'opinion de M. le Professeur Agrégé Condamin : « Telle est la paroi postérieure (du canal iliaque). C'est celle-ci sur laquelle viendront reposer les premières couches de pus, en cas de psoïte

dans la position couchée. C'est par cette paroi que l'on devra aborder l'abcès qui, sous l'influence même de la pesanteur s'écoulera par là, bien plus facilement que par une incision de la paroi antérieure..... Supposons qu'au début la psoïte reste limitée au psoas; on n'atteindra que difficilement le pûs par l'incision de la ligature de l'iliaque externe. » M. Gangolphe d'ailleurs a préconisé depuis la trépanation de l'os des îles. Cette incision parallèle à l'arcade crurale lui a donc paru insuffisante.

Nous en dirons autant des incisions multiples employées par M. Gangolphe dans nos observations IX et X. M. Gangolphe lui-même propose de les conserver seulement comme complément à la trépanation du bassin : « Une intervention hâtive est seule rationnelle. La trépanation du bassin nous paraît être l'opération de choix seule, ou mieux encore, combinée aux incisions lombaire, inguino crurale ou crurale postérieure. »

Nous parlerons un peu plus longuement du drainage transiliaque de M. Libouroux. Ce procédé offre, en effet, quelques points de ressemblance avec un autre procédé que nous nous proposons de défendre; les objections faites à l'un, si nous les passions sous silence pourraient, sans examen plus approfondi, être opposées à l'autre; cela nous oblige à insister quelque peu

Nous commencerons par abandonner à la critique l'incision parallèle à l'arcade de Fallope qui appartient à la face supérieure du canal iliaque; nous croyons inutile de revenir sur ce point déjà abordé.

L'incision parallèle à la crête iliaque nous paraît réunir de réelles et sérieuses qualités, mais M. Libouroux, il faut le dire, ne lui a pas demandé tout ce qu'il pouvait en obtenir.

Cette incision répond-t-elle au point déclive de notre longue gouttière ilio-lombaire ?

Si le malade est étendu sur le dos, les épaules relevées, le bassin non incliné : oui. L'expérience de M. Libouroux ne prouve que cela, mais le prouve nettement.

Si le malade occupe la position représentée dans notre figure 3, figure empruntée au mémoire de M. Libouroux : oui encore ; c'est l'évidence même.

Mais de ces deux positions, le sujet atteint de psoïte n'occupe ni l'une ni l'autre.

Nous croyons cependant que, même chez un tel malade, le point déclive de la fosse iliaque est situé encore au niveau de la crête ; nous pensons tout au moins que, si mathématiquement parlant, il n'en est pas ainsi, cette proposition peut être admise en pratique comme suffisamment exacte. Nous tenterons de justifier cette opinion ; mais notre démonstration trouvera mieux sa place ailleurs. Plaçons-nous donc pour le moment dans cette hypothèse favorable, et demandons-nous comment le drainage va être assuré.

A ce premier point de vue déjà, la méthode nous paraît négliger un de ses principaux avantages. Nous ne nous figurons l'écoulement parfait du pus par l'incision décrite, qu'à l'aide de drains suivant le fond de cette sorte de tuile creuse qu'est la fosse iliaque. M. Libouroux, au contraire, fait passer un drain

à parois rigides, de la face supérieure à la face inférieure de ce canal. C'est un aqueduc jeté au-dessus d'un étang à vider.

L'incision sus-iliaque (et nous reviendrons sur ce point) présente deux autres qualités, qualités maîtresses à nos yeux.

De longueur arbitraire, elle permet un drainage de la fosse iliaque aussi large qu'on le peut désirer.

Située sur les confins de la fosse iliaque et de la fosse lombaire, elle convient à l'évacuation des collections qui ont pour siège ces deux fosses, et tout spécialement de celles qui occupent la partie supérieure du muscle psoas qu'elle permet d'explorer.

Or, l'incision de M. Libouroux est peu étendue, le drainage de la fosse iliaque est par cela même assez étroit ; quant à la fosse lombaire, l'examen rapide des figures suffit à montrer combien on s'est peu soucié de la drainer.

M. Libouroux rapporte une observation qui est un succès ; mais cette observation est unique. M. le professeur Le Dentu a bien employé dans un cas (obs. VIII) une double incision analogue à la double incision de M. Libouroux. Mais peut-on assimiler complètement les deux procédés ? Nous ne le croyons pas. Il est regrettable que cette observation VIII soit aussi sobre de détails sur le manuel opératoire employé ; mais si on lit attentivement cette observation, il n'est pas douteux que M. Le Dentu n'ait obéi en cette occasion moins à une règle générale de conduite, qu'à l'indication immédiate et particulière

d'ouvrir une voie au pus, aux points où ce pus venait se présenter,

Les incisions dans l'opération de M. Le Dentu paraissent du reste avoir été plus longues, le drainage plus large. Ce drainage ne semble pas avoir été transiliaque, en attachant à ce mot le sens que lui a donné M. Libouroux; or, ce drainage transiliaque paraît être la caractéristique du procédé de cet auteur.

L'opération de M. Le Dentu, en somme, quoique cela puisse paraître paradoxal, nous semble se rapprocher de la méthode suivie dans les autres cas par ce chirurgien, plus que du procédé de M. Libouroux.

En résumé, dans le procédé de M. Libouroux, l'incision sus-iliaque, seule, nous paraît présenter de réelles qualités : déclivité, largeur, double application iliaque et lombaire du drainage. L'auteur, dans l'application de son procédé, n'a pas mis à profit tous ces avantages; il s'est contenté de suivre la voie indiquée par la marche du pus. L'intervention, telle qu'elle a été pratiquée, était banale; modifiée et complétée, elle mérite de s'élever au rang de méthode générale.

La trépanation du bassin, par les procédés de Weiss et de Terrillon, n'a jamais été employée dans le traitement de la psoïte et n'en remplit pas les indications. Sur ces procédés, M. Condamin porte les appréciations suivantes :

Procédé de Weiss : « Nous ferons au procédé de Weiss, les critiques suivantes : Le sommet du grand trochanter, qu'il donne comme repère pour tracer sa

ligne d'incision, est un peu vague, n'est que difficilement appréciable, et, en tous cas, porte l'incision beaucoup trop en dedans, et, par cela même, expose à blesser une des branches importantes de la fessière. Par cette incision, on arrive presque sur le bord supérieur de la grande échancrure sciatique, où l'épaisseur de l'os est considérable et où, étant donnée la position que prennent les malades atteints de psoïte dans leur lit, on n'atteint pas le point le plus déclive du bassin.

La trépanation en ce point est du reste très laborieuse, comme le fait remarquer Weiss, à cause de de la dureté excessive de l'os à ce niveau ».

Procédé de Terrillon : « Il a pour but de drainer au niveau de leur point le plus déclive, certains abcès consécutifs à la coxalgie, qui envahissent non seulement la fosse iliaque interne, mais encore qui parviennent dans le bassin jusqu'en dedans et au-dessous du détroit supérieur ».

Le procédé de Verneuil ne nous paraît pas davantage devoir être conservé dans le traitement de la psoïte. A ce sujet, M. Condamin écrit les lignes suivantes :

« Ce procédé est-il applicable pour la psoïte ? Remplit-il les indications nécessitées par une suppuration du psoas iliaque alors que le malade est couché ?

Sans doute, cette opération permettra d'arriver sur le foyer ; elle créera une voie d'écoulement pour une partie du pus ; mais, ce qu'elle n'évitera pas, c'est la stagnation d'une certaine quantité du liquide

phlogogène séjournant dans le point le plus déclive du canal iliaque, et que nous avons déterminé plus haut.

D'autre part, ce procédé, s'il est d'une exécution aussi facile que celui que nous proposons, n'est pas sans danger au point de vue de l'infection de l'os iliaque.

A ce niveau, l'os est épais, il présente une notable couche de tissu spongieux, de canaux de Havers largement dilatés et dans lesquels quelques gouttes de pus pourront facilement pénétrer pour développer ensuite des foyers d'infections secondaires. Les dangers d'infection sont donc beaucoup plus considérables que dans les trépanations portant sur le point du bassin où la paroi n'est constituée que par une très mince lamelle de tissu compact ».

La plupart de ces critiques nous paraissent absolument fondées. Réservant pour l'instant la question de déclivité, il nous semble que la trépanation du bassin en ce point, comparée soit à la simple incision sus-iliaque des parties molles, soit à la trépanation par le procédé de M. Condamin, n'offre aucune espèce d'avantage, mais présente, en revanche, de graves inconvénients.

Nous voici actuellement devant deux méthodes en présence : la longue incision des parties molles, telle que l'ont pratiquée MM. Le Dentu et Ruotte ; la trépanation du bassin par le procédé de M. Condamin.

Examinons d'abord quel est celui de ces deux pro-

cédés qui doit, au point de vue théorique, assurer le drainage le plus parfait ?

Nous avons répété la troisième série des expériences de M. le professeur agrégé Condamin et, en réalisant exactement les conditions indiquées par

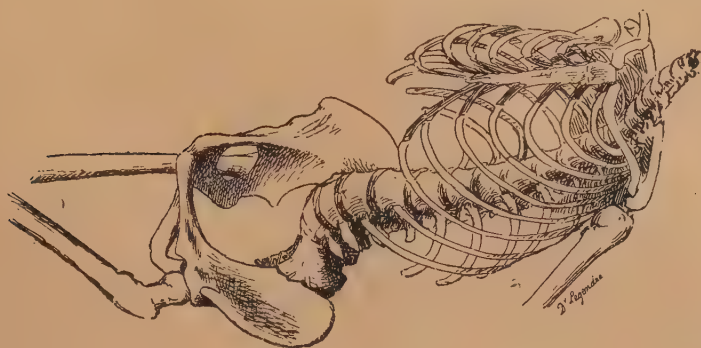


Fig. 6

cet auteur (colonne vertébrale fortement relevée, bassin convenablement incliné), nous sommes arrivés à des résultats identiques. En considérant nos squelettes étendus, une objection, cependant, s'était présentée à notre esprit : dans la position figurée, pour un degré bien déterminé d'inclinaison du bassin, le point le plus déclive de la fosse iliaque est bien le point de la trépanation; mais supposons que ce degré d'inclinaison varie, il n'en sera certainement plus de même, les figures le démontrent clairement. Que cette inclinaison soit nulle (fig. 2) le point déclive correspondra à la partie postérieure de la crête iliaque, qu'elle atteigne 90° (fig. 3) le point déclive correspondra, sans aucun doute, à la partie moyenne de cette même crête. Voilà donc ce point déclive détermine

dans trois positions données du bassin. Où est-il situé dans les positions intermédiaires?

Nous avons fait l'expérience suivante. Nous plaçons un squelette dans la position présumée d'un malade atteint de psoïte, et nous versions de l'eau dans la fosse iliaque interne du côté supposé atteint. La plus grande partie de cette eau s'écoulait du côté de la crête ; une portion minime restait stagnante



Fig. 7

au point de la trépanation. Inclinant alors le bassin légèrement à droite ou à gauche, nous voyions tout ce liquide stagnant filer vers la crête iliaque et s'écouler au dehors.

Cette expérience réalisait assez bien les conditions dans lesquelles se trouve le malade après la longue incision sus-iliaque, la voie étant ouverte à l'écoulement du liquide dans toute l'étendue de la crête, les lignes d'écoulement figurant les positions à donner aux drains.

Supposons, au contraire, que toute issue soit refusée au liquide au delà de la crête iliaque, et trépanons



Fig. 8

le bassin au point d'élection. Si ce bassin est dans



Fig. 9

sa position primitive ; le liquide pourra totalement s'écouler ; s'il est incliné soit à droite, soit à gau-

che, la ligne d'écoulement de l'expérience précédente deviendra un bas fond, le liquide stagnera.

Nous devons donc admettre que, pour une situation donnée du squelette, l'inclinaison du bassin, seule variant, l'incision sus-iliaque assure le drainage parfait dans toutes ces positions, sauf une seule; la trépanation de l'os iliaque assurant le drainage dans cette seule position.

Cette position exacte est-elle toujours celle des malades atteints de psoïte ? Il nous paraîtrait téméraire de l'affirmer.

L'incision sus-iliaque nous paraît, d'ores et déjà, répondre mieux que tout autre procédé à la généralité des cas.

Mais, faisons plus. Plaçons-nous dans l'hypothèse la plus défavorable; supposons que nous ayons affaire à un malade présentant une inclinaison du bassin égale à celle que nous réalisions dans nos expériences, et voyons si chez ce malade le point le plus déclive de la fosse iliaque est bien rigoureusement déterminé. Dans les expériences précitées, nous devions, pour arriver au résultat désiré, donner une inclinaison convenable, non seulement au bassin, mais à la colonne vertébrale qui devait être notablement surélevée; même ceci fait, la quantité d'eau stagnante était minime, presque inappréciable; la plus petite modification dans les conditions de l'expérience suffisait à tout déranger; les épaules du squelette un peu abaissées, une légère pression sur l'os iliaque faisant jouer une des articulations artificielles, pourtant bien raides, de la colonne lombaire,

et tout notre liquide s'écoulait au dehors. Or, comme l'a fait remarquer lui-même M. Condamin : « Les choses ne se passent pas absolument comme sur le vivant à cause du défaut de mobilité présenté par les colonnes vertébrales des squelettes... » Les mouvements de la colonne lombaire sont très réduits, il est vrai ; mais, quand le malade fait surélever sa tête et ses épaules, les colonnes cervicale et dorsale n'interviennent-elles pas ?

Aussi, n'invoquerons-nous même pas les variations de forme de la fosse iliaque, aux différents âges de la vie ; le caractère presque mathématique des résultats expérimentaux, tel que si on voulait les évaluer numériquement il faudrait les exprimer en centigrammes de liquide et en dixième de millimètres de différence de niveau ; le déterminisme rigoureux des conditions de l'expérience, tel que la moindre variation dans le degré d'élévation des épaules et d'inclinaison du bassin, suffit à inverser la solution ; tout cela, opposé à la complexité et à la contingence des conditions habituelles des phénomènes cliniques, nous amène à nous demander si, transportées dans la pratique, de telles conclusions expérimentales gardent bien toute leur valeur, si bien conduite qu'ait été l'expérience

D'ailleurs, au fond, que nous importe ? Que nous importe la déclivité plus ou moins parfaite de l'incision, si les différences sont minimales ? Que nous importe la stagnation du pus si la quantité stagnante est inappréciable ? Nous devons exiger d'un bon drai-

nage qu'il soit, non pas théoriquement parfait, mais pratiquement suffisant.

Aussi ne reviendrons-nous pas sur un dernier argument déjà effleuré. Le problème à résoudre dans le traitement de la psoïte n'est pas, avons nous dit, le drainage de la seule fosse iliaque, mais le drainage de cette longue gouttière que suit dans presque tout son parcours le muscle psoas. Le point déclive de la fosse iliaque est-il le point déclive de cette gouttière ? Nous croyons avoir montré que l'on pouvait en douter. Notre expérience d'amphithéâtre (mérite-t-elle bien ce nom ?) est passible, nous ne nous le dissimulons pas, de bien des objections, se contenterait-on pour la réduire à néant de retourner contre elle une partie de la précédente argumentation. Aussi n'essayerons-nous même pas de la défendre, nous avons hâte de porter la question sur un autre terrain.

Avant de passer à l'étude comparative des résultats obtenus dans l'application de nos deux procédés nous aborderons cependant une dernière question, qui nous paraît d'une réelle importance, et qui a le grand avantage à nos yeux de trouver sa solution immédiate dans la simple analyse des faits observés.

Nous n'avons envisagé jusqu'ici les différents procédés de drainage qu'à un seul point de vue, la déclivité. C'est là un élément important d'appréciation, ce n'est pas le seul. Une autre qualité, peut-être de valeur égale, est la largeur de la voie offerte à l'écoulement du pus. Cette proposition ne risquant pas d'être contredite, voyons de suite quel est celui de nos

deux procédés qui répond le mieux à cette indication ?

Le doute, ici, ne semble pas permis : l'incision des parties molles, de longueur arbitraire, mieux que la trépanation du bassin, ne ménageant qu'un orifice restreint, permet un drainage de la fosse iliaque aussi large qu'on le peut désirer.

Mais ce n'est pas là le point important sur lequel nous voudrions insister. Le *psaos* n'est pas limité à la fosse iliaque, nous l'avons vu ; la partie supérieure sus-iliaque, du *psaos*, est-elle fréquemment en proie à la suppuration ? L'expérimentation et l'observation clinique vont nous répondre :

« Si l'on fait, dit Kœnig, l'injection au côté interne du muscle *psaos*, après sa sortie du bassin au-dessous du ligament de Paupart, le liquide remplit tout d'abord le voisinage des vaisseaux et le domaine du muscle en question ; puis il remonte dans l'intérieur de la gaine du *psaos* ou entre les faisceaux musculaires, jusque sur la partie latérale correspondante de la colonne vertébrale, après avoir ainsi franchi de bas en haut la cavité du bassin. Lorsque la pression est plus forte, le liquide se répand en haut latéralement vers le carré des lombes ; et plus bas il envahit la région du muscle iliaque. Si l'on élève encore plus la pression et si l'on injecte une plus grande quantité de liquide, ce dernier finit par remplir les fosses iliaques : à l'abcès du *psaos* s'ajoute ainsi l'abcès de l'iliaque. » M. le professeur agrégé Condamin, après des expériences analogues, est arrivé aux mêmes conclusions.

Si nous nous reportons aux observations, les renseignements confirmatifs abondent.

« Les deux psoas sont détruits. » (Obs. I). « Destruction du psoas dans toute sa partie supérieure. » (Obs. II). « On sent une tuméfaction..... remontant très haut dans le flanc. » (Obs. III).

« On peut délimiter ainsi la tuméfaction..... en haut une zone sonore de même étendue (trois doigts) la sépare de la matité hépatique..... Le doigt reconnaît une destruction presque totale du muscle psoas iliaque. » (observ. IV). — « La palpation révèle une tuméfaction ferme se prolongeant vers le haut. » (obs. V) — « Un examen plus approfondi permet de constater dans la région lombaire à droite de la colonne vertébrale, un léger soulèvement en même temps qu'un peu de sensibilité profonde et d'hyperesthésie. Le foyer remontait vers la partie interne de la fosse lombaire. dans la direction du muscle psoas....

Le siège primitif de la suppuration avait dû être le psoas proprement dit dans sa partie la plus élevée. » (obs. VI) — « En déchirant la paroi postérieure de ce premier et principal foyer, on arrive par un diverticule en forme de doigt de gant jusque sous les arcades du diaphragme. Entre le rein et la colonne, ce diverticule contient un détritüs purulent: Le psoas n'existe plus, il est transformé en une coque purulente. » (obs. XI) — « On perçoit dans la profondeur du flanc gauche une tuméfaction considérable, très dure, appliquée contre la colonne vertébrale comme une coulée de mastic. » (obs. XIV).

L'expérience démontre donc que le pus a tendance à

envahir toute l'étendue du psoas avant de se répandre dans le muscle iliaque ; l'observation le confirme. Dans presque tous les cas (et dans quelques unes des autres observations les détails manquent) on a nettement constaté tantôt cliniquement, tantôt d'une façon plus certaine encore au cours de l'intervention ou de la vérification anatomique que la fosse lombaire quand elle n'était pas le siège initial de la suppuration ne tardait pas à être envahie.

La trépanation du bassin est-elle capable d'assurer l'écoulement de ce pus si haut situé. Cela semble a priori peu probable. « Quoiqu'il en soit, dit Weiss, nous ne conseillerons pas d'intervenir dans le psoïtis suppuré parce que d'une part le pus gagne généralement le petit trochanter, et que de l'autre, il remonte souvent jusqu'aux insertions vertébrales de ce muscle. Ce sont là, il nous semble, des contr'indications formelles à la trépanation. » L'extrait cité plus haut, de notre observation XI, nous montre que ces craintes ne sont pas chimériques.

L'incision sus-iliaque draine parfaitement, nous l'avons établi, le muscle iliaque et la portion iliaque du psoas ; permet-elle également le drainage de la portion lombaire de ce muscle ? Nos observations IV et V sont très catégoriques à ce sujet : « Après lavages abondants au sublimé, nous plaçons deux longs drains ; l'un allant en arrière jusqu'aux insertions supérieures du psoas ; l'autre s'engageant sous l'arcade crurale ».

« Deux gros drains sont placés ; l'un, du côté des

insertions supérieures; l'autre, du côté des insertions inférieures du psoas ».

Les observations III, VI et VIII, sont muettes sur ce point; mais peu importe, la démonstration est faite; au moins deux fois on a pu drainer par ce procédé la portion lombaire du muscle psoas; c'est une garantie suffisante pour l'avenir.

La marche de la température, après une intervention, donne seule la mesure de l'efficacité du drainage. L'étude de cette température dans celles de nos observations où elle sera possible, va nous permettre de synthétiser notre jugement et de porter la question sur son véritable terrain.

Deux de nos observations (III et XIII), sans reproduire la marche exacte de la température, apprécient ainsi les résultats immédiats de l'intervention : Dans la première (incision sus-iliaque par M. le médecin-major Ruotte) : « chute subite de tous les symptômes généraux » : Dans la deuxième (trépanation du bassin par le professeur Cacciopoli, de Naples) : « durant les premiers jours la fièvre persista, moins forte cependant qu'avant l'opération ». L'avantage déjà semble se dessiner en faveur de la première méthode; mais nous avons à notre disposition des documents plus précis.

Les observations IV et XI nous donnent les températures exactes : axillaires dans la première, rectales dans la deuxième.

Dans l'observation IV, la température vespérale dans les derniers jours qui précèdent l'intervention, atteint ou dépasse constamment 39°7. M. le méde-

cin-major Ruotte intervient par la longue incision sus-iliaque; le soir même de l'opération la température tombe à $36^{\circ}4$. Dans les jours qui suivent, elle s'élève un peu sans jamais atteindre 38° ; le 6^e jour après l'opération, elle était retombée à 37° . Nous avons reproduit cette courbe, tant elle nous paraissait concluante.

Dans l'observation XI, la température vespérale varie de 39° à 40° . Une ponction évacuatrice la ramène à $38^{\circ}5$. Trois jours après, elle revient à 40° . M. le professeur agrégé Gangolphe intervient par la trépanation du bassin. Le soir de l'opération, la température est de 39° ; dans les huit jours qui suivent, elle atteint plusieurs fois ce chiffre. Tombée ensuite au-dessous de 39° , elle reste cependant élevée jusqu'au vingtième jour, date à laquelle le malade succombe.

Cette étude comparative est tout à l'avantage du premier procédé.

Si, laissant là l'analyse, nous comparons maintenant les résultats globaux des deux méthodes, des conclusions de même sens s'imposent.

Sur 9 cas de psoïte aiguë :

5 ont été traités par l'incision sus-iliaque (Obs. III, IV, V, VI et VIII à la rigueur) ;

4 par la trépanation du bassin (Obs. XI, XII, XIII et XIV) ;

Les 5 premiers cas ont donné 5 guérisons ;

Les 4 derniers ont donné 2 succès (Obs. XI et XIV).

Ces chiffres ont bien leur éloquence; mais ce mode

de raisonnement, nous ne devons pas nous le dissimuler, s'il est plus simple et plus frappant, est beaucoup moins scientifique que l'analyse, dans chaque cas, des causes de succès ou d'échec. Nous croyons, cependant, qu'il faut voir autre chose qu'un heureux hasard dans cette série de cinq succès sur cinq interventions, contre une affection qui serait suivie, d'après les classiques, d'une issue presque toujours fatale.

Un des cas où la trépanation du bassin fut suivie d'insuccès mérite une mention spéciale (Obs. XIV). M. le médecin-major Ruotte voulant dans ce cas appliquer le procédé de M. Condamin se trouva à son grand étonnement aux prises avec de sérieuses difficultés dues à la grande épaisseur et à la dureté de l'os des îles. La perforation de cet os, à la gouge et au maillet ne demanda pas moins d'une demi-heure. La malade, qui avait repris ses sens après l'opération, succombait deux heures plus tard dans le collapsus. A quoi pouvait-on attribuer la mort ? La malade, examinée pendant la vie, ne présentait aucune lésion viscérale ; l'opération n'avait pas provoqué d'hémorrhagie notable et il ne s'en était pas produit dans la suite.

Malgré l'impossibilité de pratiquer l'autopsie, la difficulté à obtenir l'anesthésie, la longueur de l'opération, l'état syncopal terminal étaient des preuves bien probables du rôle joué par le chloroforme dans la genèse de cet accident.

Mais le chloroforme n'était que l'instrument : l'épaisseur de l'os iliaque, cause immédiate de la longue durée de l'opération, était seule coupable.

A quoi pouvait être due cette grande épaisseur de l'os des îles ? La malade était bien constituée, elle avait eu six accouchements normaux et faciles ; le rachitisme ne pouvait être incriminé. Nous avons vu qu'un bassin sur cent environ présentait une épaisseur exceptionnelle. Le chirurgien était-il tombé sur ce centième bassin ? C'est l'hypothèse la plus plausible.

De cette observation unique, il serait imprudent de vouloir déduire des préceptes généraux. Tout ce que l'on peut dire, c'est que dans la trépanation du bassin, on peut se trouver en face de difficultés dues à la grande épaisseur de l'os et à sa dureté, difficultés bien peu probables, mais possibles.

Peut-être serait-il sage d'employer dans tous les cas, chez l'adulte comme chez l'enfant, le trépan avant la gouge et le maillet ? Des observations plus nombreuses seraient utiles pour résoudre cette question.

D'autres objections ont été opposées au procédé de M. Condamin : on lui a attribué gratuitement des méfaits tels que l'hémorrhagie et l'infection de l'os iliaque. Ces critiques ne reposant sur aucun fait d'observation, nous ne nous attarderons pas à les réfuter, nous contentant, pour en faire justice, de reproduire les appréciations des chirurgiens qui ont employé le procédé.

« Le procédé que nous avons employé, présente une très grande facilité d'exécution, et n'offre aucun danger opératoire ». (M. Gangolphe).

« Nous avons eu trois fois recours, dans notre ser-

vice à Montpellier, au procédé de Condamin ; il nous a paru bien réglé, basé sur une exacte étude anatomique, assurant par déclivité convenable l'évacuation purulente ». (Forgues).

« Le point désigné par Condamin paraît et est le meilleur, par la facilité de la technique opératoire et parce qu'on atteint le point le plus déclive du canala iliaque. Réalisant l'avantage de créer une voie directe à l'écoulement du pus, la trépanation de la fosse iliaque atténue la gravité des suppurations de celle-ci, et contribue à la rapidité de la guérison.

D'exécution facile, exempte de danger, elle appartient à la classe de ces opérations qui ont droit à une place dans la chirurgie journalière ». (Cacciopoli).

Résumons, pour terminer, ce parallèle entre la trépanation du bassin et l'incision sus-iliaque.

Dans le traitement de la psoïte aiguë, la longue incision sus iliaque est tout aussi rationnelle que la trépanation du bassin ; elle a donné des résultats supérieurs. Les difficultés et dangers, peu probables dans l'exécution du premier procédé, sont rendus par elle impossibles. Le manuel opératoire en est extrêmement simple ; l'appareil instrumental (un bistouri) plus simple encore.

CONCLUSIONS

I. — Dans le traitement du psôitis aigu, deux procédés opératoires principaux doivent seuls rester en présence : la trépanation du bassin par le procédé de M. Condamin ; la longue incision des parties molles telle que l'ont pratiquée MM. Le-Dentu et Ruotte.

II. — A tous les procédés de trépanation du bassin, le procédé de M. Condamin nous paraît devoir être préféré. Il est rationnel, facile, et exempt de dangers opératoires. La rencontre de difficultés dues à la grande épaisseur de l'os iliaque, doit être considérée comme une rare exception.

III. — Dans le traitement du psôitis aigu en particulier, la longue incision des parties molles parallèle à la crête iliaque nous paraît supérieure. Aussi rationnelle, elle a donné de meilleurs résultats. Même à résultats simplement équivalents, elle devrait être préférée ; l'extrême simplicité du manuel opératoire et de l'appareil instrumental, en per-

mettant l'application à tous les praticiens et dans tous les milieux, à la campagne comme aux ambulances.

IV. — Cette incision devra remplir les conditions suivantes :

Courant parallèlement à la ligne formée par l'arcade de Fallope et à la crête iliaque, et à deux centimètres au-dessus de cette ligne, elle s'étendra du point correspondant au milieu de l'arcade, en avant, sur une longueur variable de 12 à 18 centimètres en arrière.

Après drainage, la plaie sera tamponnée partiellement, sans tentative de réunion immédiate.

VU :

Le président de la Thèse,

A. PONCET.

VU :

Pour le Doyen,

LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- CACCIOPOLI. — *Il Progresso medico*, mai 1892.
CONDAMIN. — Th. de Lyon, 1888. *Archives provinciales de Chirurgie*. 1893, n° 9.
COURAUD. — Th. de Lyon, 1894.
FORGUES. — *Traité de Thérapeutique chirurgicale* de Forgues et Reclus.
GANGOLPHE. — *Revue de chirurgie*, 1889.
GLEIZE. — *Archives de Chirurgie et de Pharmacie militaires*, octobre 1894.
KÆNIG. — *Traité de Chirurgie spéciale*.
LE DENTU. — *Indépendance médicale*, 1896.
LIBOUROUX. — *Archives Provinciales de Chirurgie*, 1892, n° 3.
TERRILLON. — *Soc. de Chirurgie*, novembre, 1888.
WEISS. — Th. de Paris, 1880.
-

